

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования

Кафедра специальной педагогики и специальной психологии

Формирование эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Выпускная квалификационная работа
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Профиль «Специальная психология»

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. кафедрой
к.п.н., профессор О.В. Алмазова

дата

подпись

Исполнитель:
Шамионова София Нусредовна,
обучающийся БС-41 группы
очного отделения

подпись

Руководитель ОПОП:
к.п.с.н., доцент О.Г. Нугаева

подпись

Научный руководитель:
Нугаева О.Г.,
к.п.с.н., доцент
кафедры специальной
педагогики и специальной
психологии

подпись

Екатеринбург 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ.....	8
1.1. Эмоциональная регуляция поведения личности.....	8
1.2. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью, его типы и диагностические критерии.....	12
1.3. Проявление синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у младших школьников.....	15
ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ.....	20
2.1. Обзор методик, направленных на изучение эмоциональной регуляции в поведении.....	20
2.2. Диагностический инструментарий по изучению эмоциональных состояний, обоснование его использования у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.....	28
2.3. Психологическая диагностика эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и анализ полученных результатов....	31
ГЛАВА 3. ФОРМИРОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ.....	55
3.1. Возможности применения арт-терапии в работе по формированию эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.	55

3.2. Составление и апробация программы формирования эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.....	62
3.3. Проведение контрольного этапа эксперимента в изучении эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и анализ полученных результатов.....	67
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	77
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	79
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	

ВВЕДЕНИЕ

Одной из основных проблем современного мира является ухудшение здоровья людей – это результат негативного воздействия факторов экологии, социально-экономических и других условий, которые влияют на уровень развития каждого человека.

Среди людей с расстройствами поведения выделяют определенную группу без органических повреждений головного мозга. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (аббревиатура СДВГ) – это относительно новый диагноз, и ставится в процессе значительных проблем в сфере внимания, и низкой регуляции поведения чаще у обучающихся дошкольного возраста и младшего школьного возраста.

Родители обращаются к психологам, когда двигательная активность ребенка становится чрезмерной, он становится импульсивным, не может сосредоточиться на конкретном виде работы: данные признаки характеризуют поведение ребенка, как гиперактивное. Обучающиеся с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью часто получают замечания со стороны педагогов в учебном процессе из-за не способности ждать своей очереди в ответах, часто выкрикивают, не дослушивают вопросы, не могут сосредоточиться на задании, начинают отвечать невпопад, что характеризует не возможность контролировать свое поведение. В большинстве случаев обучающиеся этой категории являются инициаторами конфликтов, часто бывают неловкими, и в результате роняют или задевают окружающие предметы, а при импульсивном поведении не могут конструктивно разрешать возникающие конфликтные ситуации.

По данным разных авторов гиперактивное поведение у обучающихся встречается очень часто: примерно от 2 до 20% и более младших школьников характеризуются чрезмерно активным поведением, и со временем их число увеличивается.

Актуальность изучения данной проблемы объясняется тем, что увеличивается тенденция обращения родителей к специалистам по проблеме синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, и повышается важность более подробного изучения особенностей психологического развития младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Этот аспект в России изучался около 30 лет.

Исследованию проблемы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью изучались зарубежными и отечественными исследователями: Л. О. Бадалян, И. П. Брызгунов, А. О. Дробинская, Н. Н. Заваденко, Г. Н. Моница, В. Р. Кучма, О. И. Политика, Л. А. Сиротюк, Ю. С. Шевченко и многими другими.

Цель данной выпускной квалификационной работы является изучение и формирование эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Задачи выпускной квалификационной работы:

1. Изучить психолого-педагогическую литературу по проблеме эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.
2. Описать методики, направленные на выявление уровня эмоциональной регуляции поведения у младших школьников, обосновать их использование у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.
3. Провести констатирующий эксперимент и проанализировать полученные результаты.
4. Составить и апробировать коррекционную программу, направленную на формирование эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.
5. Выявить эффективность составленной программы по формированию эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Объектом исследования является эмоциональная регуляция поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Предметом исследования процесс формирования эмоциональной регуляции поведения младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Гипотеза исследования – младшие школьники с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью имеют низкий уровень эмоциональной регуляции поведения.

В выпускной квалификационной работе использовались следующие методы и методики:

1. Проективная методика личностных отношений, социальных эмоций и ценностных ориентаций «Домики» (автор О. А. Орехова).
2. «Цветовой тест Люшера» (автор М. Люшер).
3. Методика «Лесенка» (авторы В. Щур и С. Якобсон).
4. Методика «Нарисуй человека» (автор К. Маховер).
5. Тест на исследование эмоционально-волевой сферы и личности в целом (автор С. Д. Забрамная).
6. Методика самооценки «Дерево» (автор П. Уилсон).
7. Тест на развитие самоконтроля (автор Н. В. Нижегородцева, и В. Д. Шадриков)

Экспериментальной базой для проведения эксперимента является Государственное казенное общеобразовательное учреждение Свердловской области «Екатеринбургская школа-интернат №9», реализующая адаптивные основные общеобразовательные программы. В эксперименте приняли участие десять младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Структура выпускной квалификационной работы состоит из содержания, введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы, и приложения.

Во введение определены цели, задачи, предмет, объект исследования, методы и методики, применяемые в ходе эксперимента, актуальность и гипотеза изучаемой проблемы.

В первой главе описаны теоретические основы изучаемой проблемы, раскрывается понятие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, и ее особенности проявления и диагностические критерии.

Во второй главе описана психологическая диагностика эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и анализ полученных результатов.

Третья глава содержит описание формирующего эксперимента, направленного на формирование эмоциональной регуляции поведения с применением арт-терапии, и анализы полученных результатов контрольного эксперимента.

Приложения содержат: тематическое планирование коррекционной работы, конспекты психологических занятий, бланки диагностических методик использованных на этапе констатирующего и контрольного эксперимента.

ГЛАВА 1. СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

1.1. Эмоциональная регуляция поведения личности

Особым классом психического процесса и состояния, которые связаны с инстинктом, потребностью и мотивом, отражающихся в форме непосредственных переживаний особо значимых для человека явления и ситуации для поддержания его жизненной деятельности выступают эмоции. Эмоции являются своеобразным механизмом отражения индивидом окружающей действительности, субъективной реакцией индивида на проявление внешнего или внутреннего раздражителя [50].

Если эмоция проявляется в виде удовольствия, у человека происходит удовлетворение какой-либо потребности, то она считается положительной, в противном случае, при проявлении неудовольствия – эмоция будет отрицательной. К положительным эмоциям относятся симпатии, восторг, радость, к отрицательным эмоциям можно отнести ненависть, гнев, страх, симпатия. В случае положительных эмоций активность человека направлена на сохранение, и достижение положительного воздействия, но в отсутствии реализации потребностей человека, он переживает чувство неудовлетворенности, а его активность направлена на избегание вредного или нежелательного воздействия. Возникшие эмоции охватывают весь организм и вызывают внутренние переживания, многообразные внешние изменения, вегетативные и биохимические реакции. Человек может отмечать изменения в движениях, речи, поведении. Например, при получении человеком хороших новостей он весел, радостен, может улыбаться, а в случае получения очень значимой информации для себя его эмоции могут

сопровождаться криком, хлопанием в ладоши, громким смехом или даже может заплакать. Каждая эмоция имеет свою специфическую экспрессию: свою мимику, свою пантомимику, жестикуляцию и свои выразительные движения, отличается своими голосовыми реакциями, лексическими и иными экспрессивными средствами речи. Разные эмоции сопровождаются увеличением или уменьшением частоты пульса, расширением или сужением кровеносных сосудов, и происходит увеличение потоотделения. Внешние проявления дают нам представления о внутреннем переживании и состоянии другого человека. Однако однозначного варианта связи внутреннего переживания и внешнего эмоционального проявления человека не существует. Не все люди обладают достаточно интенсивным внешним проявлением своего эмоционального настроения. В некоторых случаях индивид старается намеренно скрыть свои переживания, сдерживать проявление своих эмоций. При сдерживании внешнего проявления эмоции интенсивность внутренних переживаний зачастую увеличиваются, а не уменьшаются [50].

В течение всей жизни человека сопровождают разнообразные эмоции, призванные выполнять ряд важнейших функций в регуляции и поведении индивида: сигнальной, оценочной, регулирующей, мобилизующей и дезорганизующей функций. Сигнальная функция является главной. Эмоции являются сигналом возможного развития события или ситуации, их положительного или отрицательного исхода для человека, выступают в качестве своеобразного внутреннего маяка поведения. Второй функцией эмоций считается оценочная функция – индивид ориентируется на свои эмоции, тем самым он способен оценить, насколько, является для него полезным или вредным каждое происходящее событие или оказываемое воздействие. Следующей главной функцией эмоций является регулирующая функция, которой отводится роль рационального анализа происходящего события и его последствия, требующих определенное время, которого может не быть у человека в определенных обстоятельствах. Происходит

осмысление эмоциональной оценки, которые могут быть подвержены коррекции. Опираясь на полученные сигналы и эмоциональные оценки, человек старается выбрать и реализовать способ действия и поведения. Еще одной функцией эмоций считается мобилизующая функция эмоций, которой отводится роль повышения тонуса всего организма, эмоциям подвластно положительное влияние на результат деятельности. И заключительной функцией эмоций является дезорганизуящая функция эмоций, проявляющаяся в критической ситуации, когда человеком овладевают сильные эмоции. Неоднозначное влияние эмоции на результат деятельности субъекта выдвигает вопрос о необходимом управлении эмоциями, использовании позитивной функции эмоции и преодоления ее негативных последствий. Актуальность данной проблемы свойственна ряду профессий, среди которых можно отметить представителей «публичных» профессий, таких как артисты, дипломаты, учителя, психологи и др. Управление вегетативными проявлениями усложняется, а поведенческий компонент эмоции в достаточной высокой степени поддается сознательному контролю, но необходимо специальное формирование и развитие, которое делает это возможным [27].

Однако не все эмоциональные отношения характеризуются как устойчивые. Среди всех отношений неустойчивым характером отличаются детские отношения. К примеру, за один час игры, проведенной совместно с другими младшими школьниками, обучающийся с СДВГ может несколько раз конфликтовать с ними и найти компромиссы, а у взрослого человека эмоциональное поведение долгое время может быть достаточно устойчивым, принимает форму ригидной установки, консервативного взгляда или принципиально важной позиции индивида [45].

По мнению В. В. Бойко в процессе общения выделяются несколько видов эмоционального поведения, названных резонированием, отстраненностью и диссонированием. Способность личности проявлять отклики на разнообразное эмоциональное состояние партнера называется

эмоциональным резонированием. Под эмоциональным резонансом понимается объединение энергии партнеров, энергия партнеров заключена в их эмоциях, стимулируя тем самым синергизм, выступающим дополнительным психологическим эффектом взаимных действия субъектов общения. Эмоциональная отстраненность человека выражается в ответной реакции на эмоциональные состояния окружающих, которая проявляется эмоциями невыразительного, приглушенного характера. Эмоциональная отстраненность выступает как следствие эмоциональной ригидности, являющейся свойством индивида. В. В. Бойко говорит, что в состоянии дессонирования выступают эмоции, имеющие противоположный характер в сложившейся ситуации. Субъект демонстративно включается в эмоциональную атмосферу общения или его проявляющиеся эмоции носят противоположный смысл ситуации общения. К примеру, строки из стихотворения Михаила Юрьевича Лермонтова являются подтверждение эмоционального дессонирования: «Мне грустно потому, что... весело тебе». Данный вид эмоционального поведения может выступать как признак проявления аутичности ребенка. Человек, которому поставили диагноз – синдром ранний детский аутизм, часто не склонен к проявлению эмоций: он всегда отстранен, не выражает вербально и не вербально отрицательные или положительные эмоции, и как следствие очень трудно определить, какое именно эмоциональное состояние он переживает. Младшие школьники с СДВГ наоборот не могут без помощи других регулировать свое эмоциональное поведение, свои проявления эмоций они выражают незамедлительно, что негативно влияет на обучение, межличностные отношения, и социализацию в целом [10].

1.2. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью, его типы и диагностические критерии

Если говорить о гиперактивности в поведении младших школьников, многие ученые (В. М. Трошин, А. М. Радаев, Ю. С. Шевченко, Л. А. Ясюкова) понимают это как с синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Впервые данное явление было описано 150 лет назад немецким врачом-психоневрологом Гинрихом Хоффманом. Он впервые описал ребенка с чрезмерно активным поведением, который не мог усидеть спокойно на месте даже секунды [31].

Длительный период времени не существовало однозначного описания этого заболевания. Понятие «легкая дисфункция мозга» появилось в 1963 году, в этом году проходило совещание международных экспертов-неврологов в Оксфорде. Под этим понятием воспринимались такие симптомы как нарушение письма (дисграфия), нарушение артикуляции речи (дизартрия), нарушение математического счета (дискалькулия), гиперактивность, отсутствие концентрации внимания, агрессивное поведение, инфантильное поведение и другие симптомы [41].

Позже стали изучать данную проблему и российские врачи. Выступая на симпозиуме в 1972 году, который был посвящен роли психогенного фактора в происхождении соматических заболеваний, Ю. Ф. Домбровская, определила группу «трудновоспитуемых» детей [8].

Продолжая исследование, ученые пришли к выводу, что причиной нарушения поведения младших школьников возможен «дисбаланс процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе». Был определен также «участок ответственности» этой проблемы – ретикулярная формация. Данный отдел центральной нервной системы «отвечает» за двигательную активность и выраженность эмоций. В результате определенных органических нарушений ретикулярная формация находится в возбужденном состоянии, и вследствие этого человек становится расторможенным.

Конкретной причиной данного нарушения является минимальная мозговая дисфункция, то есть множество микроповреждений мозговой структуры, которые возникают в результате родовых травм, асфиксии новорожденных и других подобных причин. В результате длительных исследований данного заболевания, специалисты определили еще один термин этой патологии, который точно отражает его сущность: «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью» [31].

Обучающиеся с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью являются достаточно разнородной группой, которая выражает наибольшую вариативность в степени выраженности и сочетании симптомов [3].

В соответствии с международной психиатрической классификацией (DSM IV) принято выделять 3 типа синдрома дефицита внимания с гиперактивностью:

1. Смешанный тип. Данный тип характеризуется гиперактивностью поведения в сочетании с нарушением внимания. Этот тип является самым распространенным и часто встречающимся.

2. Невнимательный тип. Данный тип характеризуется тем, что преобладает нарушение внимания. Этот тип очень сложный для диагностики.

Гиперактивный тип. Данный тип характеризуется преобладанием гиперактивности. Этот тип является самой редкой формой синдрома дефицита внимания с гиперактивностью [15].

По «классификации DSM-IV» выделяют «диагностические критерии СДВГ»:

А (1). Из приведенных признаков, шесть которые должны, в течение шести месяцев проявляться у младшего школьника с СДВГ:

Невнимательность:

1. Не может сосредотачивать внимание на определенных деталях; в результате небрежности, легкомыслия, и допускает ошибки в выполняемой работе.

2. С трудом может сохранять внимание при выполнении определенных заданий, или во время игры.

3. Очень часто складывается впечатление, что ребенок не может услышать речь, которая обращена к нему.

4. Оказывается не в состоянии воспринимать предлагаемые инструкции, и не может справиться с ними до конца (это никак не может быть связано с агрессивным поведением, неспособностью понимать определенные задания).

5. Испытывает много сложностей при организации самостоятельного выполнения заданий.

6. Старается избегать вовлечения в выполнение заданий, которые требуют длительного умственного перенапряжения.

7. Постоянно теряет вещи, которые необходимы для школы и дома.

8. Очень часто отвлекается на посторонние действия.

9. Является забывчивым в повседневной жизни.

А (2). Из приведенных ниже признаков гиперактивности и импульсивности в течение шести месяцев у человека должны сохраняться и проявляться шесть из ниже перечисленных:

Гиперактивность:

1. Наблюдаются беспорядочные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.

2. Во время урока встаёт со своего места в классе.

3. Очень часто начинает проявлять двигательную активность не целенаправленно: он бегают, прыгает, пытается куда-то залезть в неприемлемых ситуациях.

4. Во время своего досуга не может спокойно и тихо играть.

5. Постоянно находится в движении, и ведет себя чрезмерно импульсивно.

6. Очень много разговаривает.

Импульсивность:

1. Ответы на поставленные вопросы необдуманные. Ему сложно выслушать вопрос до конца.

2. Дождаться очереди в различных ситуациях он не способен.

3. Мешает другим, встречается в разговор или игры.

В. Вызывают беспокойство родителей и окружающих признаки импульсивности, гиперактивности и невнимательности.

С. Причины, которые обусловленные перечисленными симптомами, возникающие в двух и более видах окружающей обстановки (школа и дом).

Д. Имеются данные сведения о клинических нарушениях в школьном обучении.

Если при полном соответствии наблюдаемой клиники за 6 месяцев, то ставится диагноз сочетанной формы СДВГ.

Если же за 6 месяцев отмечилось полное совпадение с симптомами по критериям из первого раздела (1) и частичное совпадение по критериям из второго раздела (2), тогда ставят диагноз «СДВГ с нарушением внимания».

Если за 6 месяцев отмечилось полное соответствие симптомов критериям из раздела (2) и частичное их соответствие критериям из раздела (1) ставится диагноз: «СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности» [16].

1.3. Проявление синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у младших школьников

Анализируя возрастную динамику можно выявить признаки расстройства, которые активно выражаются у младших школьников, это говорит о том, что на данном этапе возраста происходит развитие высшей нервной деятельности [31].

По мнению А. Л. Сиротюк, младший школьный возраста у ребенка характеризуется началом смены стадий интеллектуального развития, создаются условия для дальнейшего развития абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности. Обучающийся с СДВГ в младшем школьном возрасте еще не готов к обучению в общеобразовательной школе потому, что происходит замедленный темп функционального развития и созревания коры головного мозга и всех подкорковых структур. Регулярные школьные нагрузки приводят к срыву компенсаторных механизмов центральной нервной системы. В подростковый возраст происходит 2-ой всплеск гиперактивности, который в большей степени приходится на период полового созревания. В период окончания полового созревания гиперактивность исчезает или начинает маскироваться другими личными качествами, начинает повышаться самоконтроль, регулируется поведение, но вот дефицит внимания остается на прежнем уровне [48].

Синдром нарушения внимания является основным признаком проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, то есть он будет определять дальнейшую динамику развития СДВГ (к примеру, у мальчиков признаки синдрома проявляются в два, три раза чаще, чем среди девочек младшего школьного возраста). У девочек большие полушария головного мозга менее специализированны, поэтому они имеют большой резерв компенсаторных функций по сравнению с мальчиками при условии поражения центральной нервной системы [8].

Основными проявлениями СДВГ у школьников заключаются в следующем:

1. Трудности в обучении (нарушено восприятие и мышление).
2. Гиперактивность (в основном в новой обстановке).
3. Недостаточность мелкой моторики.
4. Проявления неврологии (тик, энурез и др.).
5. Эмоциональная незрелость.

Разрушительная тенденция и негативизм (чаще как следствие проявление негативного отношения к ним людей, которые их окружают) [3].

С приходом младшего школьника в первый класс к нему существенно возрастают требования. Ему необходимо освоиться в коллективе, следовательно, необходимо подчинение другим определенным условиям. В отношении с одним-двумя детьми ему еще удастся следовать определенным простым правилам, то в большом коллективе (во время игры) эта задача оказывается ему затруднительной [19].

Обучающийся с СДВГ начинает изменять правила, и если другие сверстники его не начинают поддерживать, то возникает конфликтная ситуация. В дальнейшем школьники начинают отказываться следовать его требованиям, тем самым они принимают действующие условия. Проблема в том, что младшему школьнику с СДВГ попытка соблюдения правил не удастся. В результате младший школьник с СДВГ может расплакаться, а его сверстники начинают смеяться над ним [18].

Аффективная незрелость и неустойчивость к фрустрации сохранились у младшего школьника с СДВГ с раннего детства, то есть он начинает плакать по пустякам, быстро начинает переходить в ярость, происходит частая смена настроения, проявляясь в непристойных, провокационных, агрессивных словах. У младшего школьника с СДВГ появляется хроническое недовольство, так как он ощущает несчастным. Появившаяся агрессивность в поведении обостряет положение младшего школьника в обществе. В связи с недостаточной внимательностью мимики и жестикуляции сверстников для него неправильно истолковываются. В результате это проявляется в ошибочных реакциях, что зачастую сопровождается вербальным наказанием или даже физическим наказанием. Данное поведение только усугубляет социальную изоляцию [22].

У гиперактивных младших школьников отсутствует чувство страха. Они настолько импульсивны, что начинают поднимать руку еще до того, как педагог начал задавать вопрос. В итоге им свойственно дать любой ответ,

пусть даже неправильный. Если педагог его не спрашивает именно его, то он начинает выкрикивать ответ с места. Младший школьник с СДВГ не доводит начатое дело до конца, т.е. бросает на половину любой рисунок, поделку или учебное задание. Такие учащиеся очень предприимчивы, то есть готовы начать все, только не могут довести ничего до конца. Это также относится и к выполнению любых заданий. Присутствие рассеянного внимания младший школьник с СДВГ не может контролировать свою деятельность, он встает с места, пытается ответить на вопрос, который задавал педагог еще вначале занятия, берет у соседа его вещи, и тут же отвлекается на несущественные действия другого ученика и начинает с ним вести диалог и многие другие действия. Итогом является то, что задания не выполняется или выполняется, отнимая очень много времени. Такая же ситуация происходит не только в школе, но и дома, и на прогулке, так как ребенок не способен сконцентрироваться на одном, он начинает предпринимать все время что-нибудь новое. В результате младший школьник с СДВГ не может сконцентрироваться на важных вещах урока и воспринимает материал лишь частично [24].

Для данной категории младших школьников с СДВГ характерны проблемы с успеваемостью. И поэтому многие дети с СДВГ оказываются в коррекционных организациях. Хотя их интеллектуальный уровень вполне позволяет таким детям обучаться в обычном классе. Следовательно, такое поведение, вызванное непоседливостью, двигательной расторможенностью, чрезмерной возбудимостью, моторной неловкостью, приводит к появлению трудностей в учебе и поведении [22].

У обучающегося с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью замечаются сильные затруднения в постоянстве волевых усилий или устойчивости внимания (сосредоточенность на деятельности). Отмечаются сложные ситуации, требующие от младшего школьника целенаправленного внимания при выполнении заданий, например при самостоятельном выполнении домашней работы, а также тяжелых и неинтересных заданий.

Но если младший школьник заинтересован в выполнении какого-либо задания уровень устойчивости внимания приближается к нормативным показателям выполнения [41].

По клинической картине, такой младший школьник с СДВГ характеризуется, как стремительно реагирующий на определенные ситуации, не дожидаясь указаний и инструкций, которые позволяют выполнять конкретное задание, а также неадекватно оценивает требования к этому заданию. Результатом является небрежность, невнимательность, беспечность и легкомыслие. Младший школьник с СДВГ не может рассматривать негативные разрушительные последствия, которые связаны с конкретными ситуациями или поступками [45].

Для младших школьников с СДВГ возникает проблема дождаться своей очереди в игре или в команде. В разговоре младшие школьники с СДВГ часто говорят нескромно, несдержанно, неосторожно. Для них обычным является преждевременные ответы на вопросы, а также прерывание разговоров собеседника. И в результате, впечатление на окружающих, младшие школьники с СДВГ производят, как невоспитанное, или чрезмерно недозволенное поведение [18].

ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

2.1. Обзор методик, направленных на изучение эмоциональной регуляции в поведении

Одной из нейропсихологических характеристик у обучающегося с СДВГ является нарушение контроля эмоций. От своих ровесников таких младших школьников с СДВГ отличает сила и скорость развития эмоций. Младший школьник с СДВГ в одну минуту может из состояния спокойствия перейти в агрессию или, наоборот – в состояние слишком позитивного настроения [МКБ-10, 1994, с. 47].

Обусловливает гиперактивную эмоциональность поведения младших школьников с СДВГ слабое регулирующее влияние лобной коры на такие отделы головного мозга, которые связаны с эмоциональной сферой: лимбической системой и подкорковыми образованиями. Эта эмоциональность во многих сферах жизни может иметь положительное значение – например, обучающийся или взрослый с СДВГ часто становится «эмоциональным донором», который заражает остальных своим жизнелюбием и энтузиазмом, своими позитивными эмоциями. Однако отрицательный настрой эмоций младшего школьника, охватившие его на продолжительное время, выступают как сложности в жизни младшего школьника и всех его окружающих [42].

Главной проблемой выступает высокая эмоциональность в случае нахождения младшего школьника с СДВГ в эмоциях негативной окраски – злостью, раздраженностью, неудовлетворенностью и так далее. Эмоциональная регуляция состояний часто слабая, неразвитость способности иначе относиться к сложившейся ситуации, настройка себя на успокоение и более адекватную эмоциональную, когнитивную и поведенческую реакцию

осложняют процесс выхода из состояний негативного аффекта. Под влиянием сильных, неуправляемых эмоций, например злости, учащийся совершает немало негативных поступков, и может перейти к насилию [40].

В жизни обучающихся и взрослых с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью часто имеют значительные затруднения с контролем над своими агрессивными эмоциями и их деструктивными последствиями в социальных отношениях, и во многих других сферах жизни. Неуправляемые негативные эмоции имеет свойство «помутить» сознание, они заставляют неадекватно воспринимать ситуацию как чрезмерно враждебную, и как следствие импульсивно действовать. В состоянии такого эмоционального аффекта люди с этим синдромом прибегают к физической агрессии, которая направлена на других, на вещи, и даже на себя самих. Последствиями негативного поведения являются немедленные, и отдаленные – мало ощутимы для самого человека [11].

Негативное поведение является одним из отрицательных прогностических факторов относительно будущего обучающегося с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Часто причинами исключения младшего школьника с СДВГ из школы становится агрессивное поведение; действия и поступки, которые подпадают под уголовную ответственность, и спровоцированные под влиянием аффективного состояния. Склонность к вспышкам гнева и агрессивного поведения во многих ситуациях не говорит об озлобленности учащегося как состоянии его души [9].

Эмоционально-волевая регуляция – это синтетический процесс, обеспечивающий регуляцию деятельности в затрудненных и напряженных условиях, в которых эмоции занимают центральное положение. Эмоционально-волевая регуляция это скоординированное взаимодействие эмоциональных и волевых процессов в ситуации преодоления трудностей и препятствий, формирующееся в деятельности человека, и развиваются в социальном взаимодействии и реализующееся в них. Для успешной

регуляции необходим баланс эмоциональных и волевых компонентов системы. Ситуация нарушения равновесия приводит к необходимости подавлять эмоциональные состояния волевым усилием. Тогда волевой процесс начинает выступать в качестве антагониста по отношению к эмоциональному, либо к нарушению поведению под влиянием эмоций [27].

Фрустрация – это психическое состояние человека, вызванное объективными непреодолимыми (или субъективно так воспринимаемыми) трудностями, которые возникают на стадии достижения цели, переживание неудачи. Фрустрация сопровождается гаммой в основном отрицательных эмоций: гневом, раздражением, чувством вины и так далее. Уровень фрустрации зависит от силы, интенсивности фрустратора, функционального состояния человека, попавшего во фрустрационную ситуацию, а также от сложившихся в процессе становления личности устойчивых форм эмоционального реагирования на жизненные трудности [27].

Воля – это сознательная саморегуляция поведения, проявляющаяся в преднамеренной мобилизации поведенческой активности на достижение целей, осознаваемых субъектом как необходимость и возможность, способность человека к самодетерминации, самомобилизации и саморегуляции [27].

Аспекты, которые содержатся в волевой сфере, выражаются в способностях человека, проявляющихся в самодетерминации и регуляции им своей деятельности и различных психических процессов.

В качестве основных функций воли выступают:

1. Выбор мотивов и целей, регуляцию побуждения к действиям при недостаточной или избыточной их мотивации.
2. Организацию психических процессов в адекватную выполняемой человеком деятельности систему.

Мобилизацию физических и психических возможностей в ситуации преодоления неудач, для достижения поставленных целей и успешного выполнения задач [27].

Для проведения диагностики эмоциональных состояний используются следующие методы и приемы изучения:

1. Проективный тест тревожности (авторы Р. Тэммл, М. Дорки). Направлен на исследование общего уровня тревожности у человека.
2. Анкета для родителей (авторы Г. П. Лаврентьева, Т. М. Титаренко), для выявления поведенческих нарушений – агрессивности и тревожности.
3. Тест «Самооценка силы воли» (автор Н. Н. Обозов).
4. Опросник (авторы Е. П. Ильин, Е. К. Фещенко). Определяет уровень терпеливости.
5. Наблюдение (автор А. И. Высоцкий). Оценивает различные волевые качества.
6. Тест «Уровень самоконтроля» (автор В. Д. Шадриков, Н. В. Нижегородцева). Определяет уровень самоконтроля и понимание учащимся своего поведения.
7. Опросник (авторы Г. С. Никифоров, В. К. Васильев, С. Ф. Фирсова). Изучает уровень самоконтроля.

При изучении эмоциональной сферы человека применяются психологические методы, базирующиеся в основном на опросниках, которые способны выявлять эмоциональную способность человека, какие преобладают эмоции в жизни субъекта, доминирующие средства выражения этих эмоций, а также эмоциональную устойчивость [40].

Лабораторией А. Е. Олышанниковой были разработаны четыре методики (опросники), направленные на изучение эмоциональности: три из них направлены на то, чтобы выявить модальность ведущей («базальной») эмоции и одна – на выявление средства выражения эмоции [27].

Впервые создать методики, направленные на умение распознавать эмоции по лицевой выразительности, было начато такими психологами как Э. Г. Борингом и Э. Б. Титченером. Они использовали схематические рисунки, созданные в 1859 году немецким анатомом Т. Пидеритом. Стоит

заметить, что Э. Г. Борингом и Э. Б. Титченером были созданы взаимозаменяемое изображение отдельных частей лица, при комбинации которых ими получены 360 схематических выражений мимики, предъявляемые испытуемым. При этом правильные ответы при проведении процедуры узнавания разных эмоциональных состояний у человека показывают разный процент – от 26 до 57 % [27].

На базе Калифорнийского университета Пола Экмана и другими учеными был разработан тест, который получил сокращенное наименование FAST (от англ. Facial Affect Scoring Technique). Данный тест состоит из атласа, представляющий фотоэталонные лицевых экспрессий основных эмоций: гнев, страх, печаль, отвращение, удивление, радость. Фотоэталонные каждой эмоции представлены тремя фотографиями для каждого из трех уровней лица: брови и лоб, глаза и веки, и нижняя часть лица. Также есть варианты, учитывающие различное направление взгляда и ориентацию головы. Испытуемому предлагается найти сходство эмоций с одним из фотоэталонных, также как и свидетели, принимающих участие в составлении фотороботов преступников [27].

Следующая методика под названием CARAT, разработчиком которой является Р. Бак (1972), основывается на показе слайдов, запечатлевших реакции людей, рассматривающих разнообразные по смыслу сцены из повседневной жизни. Испытуемые должны при рассмотрении слайдов распознать, какую сцену созерцает субъект. Другой тест, состоящий из 30-ти коротких фрагментов, представляющих моменты общения представителей разнообразных профессий (учитель и ученик, психотерапевт и клиент, врач и пациент), направлен на определение респондентом того, какие способны испытать эмоции люди, изображенные на картинках и дать ответ из представленных пяти возможных эмоций [27].

Тест PONS («профиль невербальной чувствительности») состоит из 220 фрагментов поведения, которое представляется в разнообразных элементах экспрессии (только выражение лица, только поза и т. д.). Испытуемому

необходимо сделать выбор в пользу одного из двух предложенных определений, описывающего наблюдаемый фрагмент экспрессивного поведения субъекта. Испытуемому необходимо отдать предпочтение мере привязанности между людьми, отметить проявления злости, ревности и т. д. Недостаток теста заключается в высокой неопределенности критериев оценки [33].

На основе возможностей данного теста в 1984 году Д. Арчером создается тест ситуативно-интерактивных задач, отличающийся от предыдущих методик применением в качестве демонстрационных материалов видеозаписей бытовых сцен и четкими критериями адекватного понимания этих сцен. Например, испытуемому предлагается просмотр видеозаписи взаимодействий 2-4 субъектов, после чего он должен ответить на вопрос о модальности их отношений. Чуть позже разработан тест IPT (Interpersonal Percersion Task), определяющий задачи межличностного восприятия. Он схож с предыдущим, но прошел небольшое усовершенствование в техническом плане. В нем представлены целостно динамичные, спонтанные экспрессивные отношения людей разнообразного возраста [33].

В 1992 году Г. Дейл разработал тест FMST (The Facial Meaning Sensitive Test), который направлен на определение способности распознавания эмоций по лицевой экспрессии. Исследования показали, что представленные невербальные поведения воспринимаются точнее, чем естественные, спонтанные. Экспрессия лица, которую изображает актер, воспринимается и распознается намного точнее, чем та, которую изображает непрофессионал. Динамическое изображение невербального поведения (кино-видеофильм) проходят интерпретацию намного успешнее, чем статическое изображение (картинка, схема, фотография). При проведении распознавания и понимания экспрессии лица адекватное понимание возможно при целостном восприятии представленных материалов, нежели по его фрагментам [27].

В. А. Лабунская разработала метод вербальной фиксации признаков экспрессии эмоциональных состояний, представляющий модифицированный вариант метода словесного портрета, широко применяемого психологами в области социальной перцепции. Участникам исследования необходимо при выполнении заданий по данному методу описать самые разнообразные особенности других людей. Испытуемому ставятся задачи в составлении описаний экспрессивных признаков эмоциональных состояний, таких как: гнев, радость, страх, отвращение, удивление, страдание. Необходимо описывать экспрессивные признаки, на которые происходит ориентация при проведении изучения эмоционального состояния других людей [32].

По мнению В. А. Лабунской, анализ экспрессивного поведения не всегда осуществляется целенаправленно, а обнаружение признаков – осознанно. Поэтому для уточнения особенностей опознавания экспрессивного поведения представляет интерес изучение эталона с помощью таких методов, как моторная, кинестетическая имитации экспрессивного поведения или графических изображений экспрессии. Возможно, что моторная имитация экспрессивного поведения как способ экстерииоризация эталона более естественна, и она с трудом поддается анализу. В таком случае исследователь вынужден прибегать к переводу языка движений на вербальный язык с целью анализа кинестетических эталонов психических состояний [32].

С учетом этого в целях диагностики эталонов экспрессивного поведения В. А. Лабунской был разработан метод «графической фиксации признаков экспрессии эмоциональных состояний», представляющий собой перевод на язык образа экспрессивное поведение человека. Однако, в экстерииоризация эталонов не исчезает спонтанность, а исследователем имеется возможность неоднократного обращения к зафиксированным образам, для сравнения, определения конкретного признака и инвариантного сочетания экспрессивных поведений [27].

В основе этого метода лежат приемы свободной графической ассоциации, то есть пиктограмма. Она близка по внешним характеристикам изображениям экспрессии состояний (пиктограмма – это тоже изображение экспрессии), предъявляемым для опознания. Пиктограмма формируется и актуализируется спонтанно, что в определенной мере соответствует природе формирования и актуализации социально-психологических эталонов [32].

В эксперименте испытуемым предъявляется набор слов, значение и смысл которых им нужно изобразить именно графически. В этот набор входит шесть основных значений, которые обозначают эмоциональные состояния: радость, гнев, удивление, отвращение, страдание, страх. Слова читаются с интервалом 10 секунд. Дефицит времени (короткие временные интервалы между предъявляемыми понятиями) побуждает изображать ранее сформировавшиеся образы, актуализировать готовые схемы и связи и соотносить их впоследствии с названными понятиями. Не исключено, что «изображение» психического состояния не будет включать элементы экспрессии. Например, в ответ на слово «радость» может быть изображено солнце. Такие виды графических ассоциаций свидетельствуют об отсутствии четкой связи между психическими явлениями и их внешними проявлениями, о том, что еще не сложился социально-перцептивный эталон. Если графический образ строится на включении элементов экспрессивного поведения, его можно рассматривать как экстериоризированный социально-перцептивный эталон, а выделенную систему признаков – как симптомокомплекс, и на основе него осуществляется опознание психических состояний. Эксперимент носит индивидуальный характер. За единицу анализа графических изображений экспрессии «пиктограмм» принят экспрессивный признак, как и при анализе вербальных портретов экспрессии.

В. А. Лабунская говорит, что применение в исследовании двух методов (вербальной и графической фиксации признаков экспрессии) с одной и той же целью (определить эталоны экспрессии состояний) обусловлено тем, что каждый метод позволяет получить данные, которые не только дополняют

друг друга, но и уточняют, расширяют наши представления об эталонах экспрессии состояний. В вербальном описании фиксируются только те признаки, которые осознаются субъектом. В эталон входят не только сознательно выделенные признаки, но также и те, которые субъектом не всегда осознаются. Графическая фиксация признаков экспрессии имеет ряд преимуществ перед вербальной фиксацией признаков, а именно человек может изобразить то, что трудно поддается вербализации, в пиктограмме легче зафиксировать отношения между определенными признаками экспрессии [32].

Исключая выше сказанное, что методы вербальной и графической фиксации по-разному раскрывают содержание эталонов экспрессии, они как способы актуализации данных эталонов соответствуют различным уровням психической деятельности субъекта (словесно-логическому и образному).

2.2. Диагностический инструментарий по изучению эмоциональных состояний, обоснование его использования у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Перечень диагностических методик направленных на изучение эмоциональных состояний и регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

1. Проективная методика личностных отношений, социальных эмоций и ценностных ориентаций «Домики» (автор О. А. Орехова). Методической основой данной методики является цвето-ассоциативный эксперимент, известный по тесту отношений А. Эткинда. Она была разработана специалистом в области детской психологии О. А. Ореховой. Позволяет провести диагностику эмоциональной сферы у обучающихся младших классов в части высших эмоций социального генеза, личностных предпочтений и деятельных ориентаций, что делает его особенно ценным с

точки зрения анализа эмоционального отношения младшего школьника к школе и дому. Методика используется в психологическом консультировании и психотерапии для прогноза затруднения в развитии эмоциональной сферы и разработки коррекционных программ личностных особенностей детей. Возрастная категория детей – это младшие школьники. Процедура диагностики проходит в виде игры с младшим школьником. Ему предлагается восемь карандашей основных цветов, и по инструкции младший школьник закрашивает домики в соответствии с их назначением своим выбранным цветом. Главной особенностью является то, что «домики» характеризуют определенное значение, и обучающийся младшего школьного возраста должен определить какую эмоцию он испытывает и этим цветом закрашивает определенный домик, это дает возможность диагностировать его эмоциональные состояния на тот или иной показатель [39].

2. Цветовой тест Люшера (ЦТЛ). Применяется в комплексе с проективной методикой личностных отношений, социальных эмоций и ценностных ориентаций «Домики» (автор О. А. Орехова), для оценки суммарного отклонения от аутогенной нормы, что является показателем общего психологического благополучия. Этот психологический тест разработан Максом Люшером, он дает возможность определить психофизиологическое состояние человека, его стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности. Его доступность, простота и точность результатов в использовании сделали его популярным. Тест используют при диагностике и коррекции психологических и эмоциональных состояний, для выявления причин конфликтов в семье и их устранение. В тесте используются:

- четыре главных цвета – синий, зеленый, красный и желтый;
- четыре дополнительных цвета – фиолетовый, коричневый, черный и серый.

Основные цвета характеризуют основные психологические потребности человека: потребность в самоутверждении, потребность в

удовлетворении и привязанности, потребность действовать. В норме человек выбирает сначала эти карточки, а дополнительные цвета указывают на негативные эмоции и их состояния такие как: страх, тревожность, стресс и огорчение [39].

3. Методика «Лесенка» (авторы В. Г. Щур и С. Г. Якобсон). Методика направлена на изучение самооценки обучающегося младшего школьного возраста. Данная методика доступна не только психологам, но и педагогам, родителям в целях узнать своего ребенка лучше, понять его состояние, как он оценивает себя как личность, для того чтобы скорректировать самооценку младшего школьника, и предпринять нужные воспитательные методы [27].

4. Методика «Нарисуй человека». Разработал К. Махвер в 1946 г. на основе теста Ф. Гудинафа. Представляет собой проективную рисуночную методику, предназначенную для диагностики личности, в т.ч. в детском и подростковом возрасте.

5. Методика «Дерево» (автор П. Уилсон) – направлена на выявление эмоционального настроя человека. Человеку предлагается взять красный карандаш и выбрать человека на дереве напоминает ему его, а после взять зеленый и раскрасить человечка которым он хотел быть. После проведения проводится интерпретация полученных результатов.

6. Тест на исследование эмоционально-волевой сферы и личности в целом (автор С. Д. Забражная). Это исследование направлено на изучение понимания обучающихся младшего школьного возраста эмоций по мимике на таблице 1, наличия самоконтроля по таблице 2, выявление сформированности качеств личности и поведения с таблицами 3 и 4. Данное исследование актуально для данной работы, так как выборка испытуемых характеризует нарушение эмоционально волевой сферы.

7. Тест на развитие самоконтроля (авторы В. Д. Шадриков, и Н. В. Нижегородцева). Выявляет уровень самоконтроля у младшего школьника, а так же способность понимания им своих действий в разных

ситуациях неуспеха, самооценки, и уровня эмоциональной регуляции поведения. В процессе индивидуальной диагностики младшему школьнику показывают 4 разные ситуации неуспеха, и просят рассказать, что происходит на них, психолог фиксирует ответы и проводит анализ полученных результатов [27].

2.3. Психологическая диагностика эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и анализ полученных результатов

Констатирующий эксперимент был направлен на исследование эмоционально регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Констатирующий эксперимент проводился в три этапа:

1. Подготовительный этап: изучение и сбор литературы по изучению эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с СДВГ.
2. Этап психологической диагностики: подбор диагностического инструментария для исследования эмоциональной регуляции поведения и психологического развития у младших школьников с СДВГ и проведение диагностики.
3. Завершающий этап: сбор данных и подведение итогов по результатам исследования, качественный и количественный анализ полученных данных.

Для исследования эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с СДВГ были выбраны следующие методы и методики:

1. Проективная методика личностных отношений, социальных эмоций и ценностных ориентаций «Домики» (автор О. А. Орехова), в которой применяется «Цветовой тест Люшера» (автор М. Люшер).

2. Методика «Лесенка» (авторы В. Щур и С. Якобсон).
3. Методика «Нарисуй человека» (автор К. Маховер)
4. Тест на исследование эмоционально-волевой сферы и личности в целом (автор С. Д. Забрамная).
5. Методика самооценки «Дерево» (автор П. Уилсон).
6. Тест на развитие самоконтроля (автор Н. В. Нижегородцева, и В. Д. Шадриков).

База исследования – ГКОУ Свердловской области «Екатеринбургская школа-интернат №9». Исследование проводилось по выбранным методикам индивидуально с каждым младшим школьником с СДВГ.

Для констатирующего эксперимента выборка испытуемых взята по рекомендации педагога-психолога общеобразовательной организации, на основе изучения психолого-педагогической документации и наблюдения. В эксперименте приняли участие младшие школьники с диагнозом синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Информация о выборке испытуемых представлена на *рис. 1*.

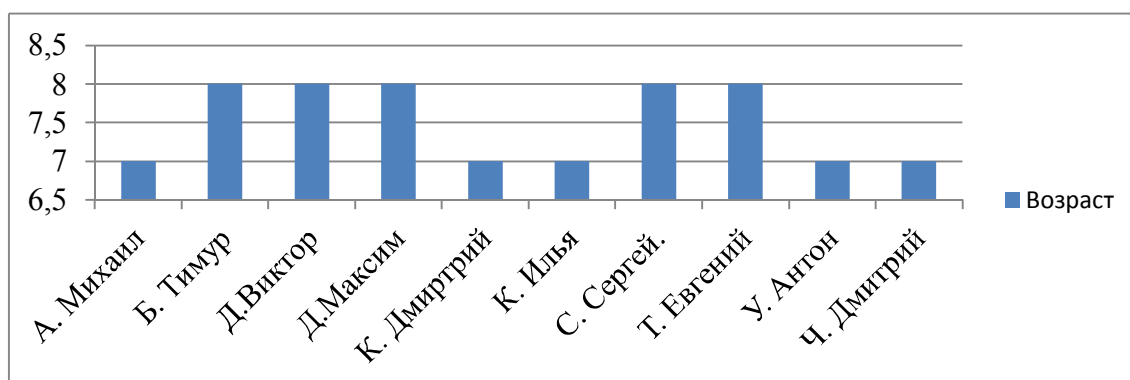


Рис. 1. Возрастные показатели экспериментальной группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Время индивидуального диагностирования каждого младшего школьника с СДВГ, учитывая поставленный диагноз, и личностные особенности школьника занимало от 30 до 40 минут, с интервалами: 15 минут обследование, и несколько минут отдых.

Представим диагностический инструментарий по изучению эмоциональных состояний у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и отразим полученные результаты.

1. Проективная методика личностных отношений, социальных эмоций и ценностных ориентаций “Домики” (автор О. А. Орехова).

Стимульный материал: бланки для регистрации с полученными данными представлены в Приложении 1. Испытуемому выдается набор цветных карандашей следующих цветов: синий, красный, желтый, зеленый, фиолетовый, серый, коричневый, черный. Карандаши должны быть одинаковыми, окрашены в цвета, соответствующие грифелю. Для психолога подготовлены протоколы для выполнения с инструкциями и нормативными данными.

Процедура исследования состоит из трех заданий, каждому из которых соответствует своя инструкция по выполнению.

Инструкция к заданию №1: сейчас мы поиграем в цвета. Найдите в своем листочке задание под номером один. Как ты видишь – это дорожка из восьми прямоугольников. Выбери тот карандаш, который тебе нравится больше всего, и раскрась первый прямоугольник. Отложи этот карандаш в сторону. Посмотри на оставшиеся карандаши. Какой карандаш тебе нравится больше всего из всех? Раскрась им второй прямоугольник. Отложи карандаш в сторону, и продолжи дальше по инструкции.

Инструкция к заданию №2. Найди задание под номером два. Перед тобой домики, их целая улица. В них живут наши чувства. Я буду называть чувства, а ты подбери к ним подходящий цвет и раскрась. Карандаши откладывать не надо, можно использовать любой цвет, который тебе кажется подходящим. Домиков много, их хозяева могут отличаться и могут быть похожими, а значит, и цвет может быть похожим. Список слов: 1 – счастье,

2 – справедливость, 3 – горе, 4 – обида, 5 – дружба, 6 – ссора, 7 – доброта, 8 – злоба, 9 – скука, 10 – восхищение. Если испытуемому

непонятно, что обозначает слово, нужно его объяснить, используя глагольные предикаты и наречия.

Примеры объяснений:

- Счастье – это когда тебе хорошо, ты чувствуешь радость.
- Справедливость – это играть по-честному, никого не обманывать.
- Горе – это если у тебя случилось что-то плохое, неприятное (например: сломалась твоя любимая игрушка), и ты очень сильно расстроился, а возможно даже заплакал.
- Обида – это если тебя твой друг обманул, или забрал твою любимую вещь, и не вернул, и ты теперь не хочешь с ним из-за этого дружить.
- Дружба – это ты с мальчиком во дворе или одноклассником много проводишь вместе время, помогаете друг другу в любых делах.
- Ссора – это когда кто-то ругается.
- Доброта – это когда человек делает хорошие вещи людям, делится. Если человек не жадничает и жалеет тех, кому сейчас плохо.
- Злоба – это если мама или папа очень ругают тебя, когда ты сделал что-то плохое.
- Скука – это если либо нечего делать, и нечем заняться, очень скучно становится, или если тебя заставляют что-то делать, а тебе это совсем не нравится и не хочется.
- Восхищение – когда мы любимся чем-то очень красивым, мы радуемся этому, и нам становится очень хорошо и приятно.

Инструкция к заданию №3. Найди задание под номером три. В этих домиках ты покажешь цветом свое настроение, а жильцы в них – это разные ситуации. В первом домике живет твоя душа. Какой цвет ей подходит? Раскрась.

Обозначение домиков: второй домик – твоя школа, в третьем домике – ты читаешь, в четвертом – ты пишешь, пятый домик – математика, в

шестом – ты разговариваешь с учителем, в седьмом – ты общаешься с одноклассниками, в восьмом – твой дом, в девятом – ты делаешь уроки, в десятом – ты сам теперь должен придумать, кто там будет жить, и раскрасить его. На бланке листа фиксируется – кто живет в домике № 10.

Методика дает психотерапевтический эффект, который достигается самим использованием цвета, возможностью реакций негативных и позитивных эмоций, кроме того эмоциональный ряд каждого задания заканчивается в положительном фоне (восхищение, собственный выбор).

Процедура обработки начинается с задания №1. Вычисляется вегетативный коэффициент по формуле:

$$ВК = \frac{(18 - \text{место красного цвета} - \text{место синего цвета})}{(18 - \text{место синего цвета} - \text{место зеленого цвета})}$$

Вегетативный коэффициент характеризует энергетический баланс организма: его способность к энергозатратам или тенденцию к энергосбережению. Его значение изменяется от 0,2 до 5 баллов.

Энергетический показатель интерпретируется следующим образом:

1. 0 – 0,5 – пониженная работоспособность, переутомление, а также истощение в хронической стадии. Нагрузки непосильны для учащегося.
2. 0,51 – 0,91 – состояние подавленности, усталости которое компенсируется специальными приемами и методами. Самовосстановление оптимальной работоспособности происходит за счет периодического снижения активности. Необходима оптимизация рабочего ритма, режима труда и отдыха.
3. 0,92 – 1,9 – работоспособность на оптимальном уровне. Ребенок со здоровой активностью, и готов к энергозатратам. Нагрузки соответствуют возможностям. Образ жизни, режим дня и отдыха позволяет ребенку восстанавливать затраченную энергию.
4. Свыше 2,0 – перевозбуждение. Чаще является результатом работы учащегося превышающие его возможностей, то есть делает больше,

чем он может, что приводит к быстрому истощению. Требуется нормализация темпа деятельности, режима труда и отдыха, а иногда и снижение нагрузки.

Далее в этом же задании рассчитывается показатель суммарного отклонения от аутогенной нормы, по цветовому тесту Люшера. Определенный порядок цветов (34251607) – аутогенная норма – является индикатором психологического благополучия. Обозначение номер цвета идет по схеме: 0 – серый, 1 – синий, 2 – зеленый, 3 – красный, 4 – желтый,

5 – фиолетовый, 6 – коричневый, 7 – черный. Для расчета суммарного отклонения (СО) сначала вычисляется разность между реально занимаемым местом и нормативным положением цвета. Затем разности (абсолютные величины, без учета знака) суммируются. Значение суммарного отклонения изменяется от 0 до 32, и отражает устойчивый эмоциональный фон, т.е. преобладающее настроение обучающегося.

Числовые значения суммарного отклонения интерпретируются следующей классификации оценивания:

1. Больше 20 – преобладание негативных эмоций. У участника доминируют плохое настроение и неприятные переживания. Имеются проблемы, которые он не может решить самостоятельно.

2. Около 10 – 18 – эмоциональное состояние в норме. Участник может радоваться и печалиться, поводов для беспокойства нет.

3. Менее 10 – преобладание позитивных эмоций. Участник оптимистично настроен.

Задания №2 и №3, расшифровывают эмоциональную сферу младшего школьника и ориентируют исследователя в возможных проблемах адаптации.

Задание №2 характеризует сферу социальных отношений и эмоций. Оценивается степень дифференциации эмоций. В норме позитивные чувства ребенок раскрашивает основными цветами, а негативные – коричневым и черным. Низкая дифференциация может указывать на деформацию в тех или иных блоках личностных отношений:

1. Счастье и горе – блок базового комфорта.
2. Справедливость и обида – блок личностного роста.
3. Дружба и ссора – это блок межличностного взаимодействия.
4. Доброта и злоба – блок потенциальной агрессии.
5. Скука и восхищение – блок познавательной сферы.

При наличии инверсии цветового градусника (основные цвета занимают последние места) у младших школьников часто наблюдается недостаточность дифференциации социальных эмоций – например, и счастье и ссора могут быть обозначены одним и тем же красным цветом. В любом случае надо обращать внимание, как раскрашивает испытуемый парные категории, и насколько далеко отстоят пары в цветовом выборе.

Актуальность переживания испытуемым того или иного чувства указывает его место в цветовом градуснике (задание №1).

В задании №3 отражено эмоциональное отношение испытуемого к себе, школьной деятельности, учителю и сверстникам. Понятно, что при наличии проблем в разных сферах, испытуемый раскрашивает именно эти домики коричневым или черным цветом. Целесообразно выделить ряды объектов, которые испытуемый обозначил одинаковым цветом. Например, школа – счастье – восхищение или домашние задания – горе и скука. Цепочки ассоциаций достаточно прозрачны для понимания эмоционального отношения ребенка к школе. Участники со слабой дифференциацией эмоций, чаще амбивалентны и в эмоциональной оценке видов деятельности. По результатам задания №3 можно выделить три группы испытуемых:

1. Группа с положительным отношением к школе;
2. Группа с амбивалентным отношением;
3. Группа с негативным отношением.

При крайне низких или крайне высоких показателях вегетативного коэффициента и суммарного отклонения приводит к сомнению в чистоте исследования, и данная методика должна повториться по той же схеме, но индивидуально, со стандартным набором из теста Люшера.

Все показатели социальных эмоций и ценностных ориентаций, личностных отношений у младших школьников с СДВГ, а так же данные бланков к тесту «Домики» представлены в Приложении 1.

Более наглядно показатели детей представлены в количественном соотношении на *Рис.2*.



Рис.2. Показатели уровня вегетативного коэффициента (ВК) экспериментальной группы младших школьников с СДВГ

По *Рис. 2* можно сделать вывод, что показатели вегетативного коэффициента у испытуемой группы следующие:

1. 0,45 – уровень ВК у одного испытуемого, показатель указывает на хроническое переутомление, и низкую работоспособность;
2. От 0,6 до 0,83 – уровень ВК у пятерых испытуемых, что указывает на компенсируемое состояние усталости. Необходима оптимизация рабочего ритма, режима труда и отдыха.
3. 2 – уровень ВК у троих испытуемых, что означает наличие перевозбуждения у данной группы. Является результатом работы испытуемых на пределе своих возможностей, что приводит к быстрому истощению.

4. 0,93 – уровень ВК у одного испытуемого, говорит о наличии у него оптимальной работоспособности.

Рассмотрим подробно расчеты показателей суммарного отклонения от аутогенной нормы по формуле цветового теста Люшера на каждого испытуемого (см. Приложение 2), а общие данные по данному критерию представлены в *таблице 1*.

Таблица 1

Показатель суммарного отклонения от аутогенной нормы у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Уровни	1	2	3	4	5	6	7
Показатели	0-1	2-6	7-11	12-16	17-23	24-28	29-32
1. А. Михаил	-	-	-	-	18	-	-
2. Б.Тимур	-	-	-	-	18	-	-
3. Д. Виктор	-	-	-	-	24	-	-
4. Д. Максим	-	-	-	-	18	-	-
5. К. Дмитрий	-	-	-	-	22	-	-
6. К. Илья	-	-	-	14	-	-	-
7. С. Сергей	-	-	-	-	22	-	-
8. Т. Евгений	-	-	-	-	21	-	-
9. У. Антон	-	-	-	-	-	27	-
10. Ч. Дмитрий	-	-	10	-	-	-	-

По данным Таблицы 1 можно сделать следующие выводы:

- 6 уровень суммарного отклонения от аутогенной нормы показал один испытуемый. Характеризует выраженную непродуктивную напряженность, низкую нервно-психическую напряженность, что впоследствии плохо поддается объективной диагностике. Поведение прогнозируется на низком уровне, и становится субъективным. Низкий уровень эмоциональной регуляции поведения делает деятельность испытуемого нецеленаправленной и хаотичной. Эмоциональная

составляющая окрашена от состояния возбуждения до резкого снижения продуктивности, характеризующаяся подавленностью, слабостью, бессилием, раздражительностью. Испытуемый ощущает тревогу, отсутствие желаний.

- Большинство испытуемых (7 из 10) показал 5 уровень суммарного отклонения от аутогенной нормы, что характеризует повышенный уровень непродуктивной напряженности, сниженную нервно-психическую устойчивость, эмоциональная регуляция постоянно истощается, что приводит к не возможности управлением своего поведения. Отсутствие устойчивости и произвольности ведет к нецеленаправленной деятельности. Общую эмоциональную характеристику показывает наличие тревожности, повышенная возбудимость, наличие неустойчивой самооценки.

- 2-е испытуемых показали 3 и 4 уровень суммарного отклонения от аутогенной нормы. Характерны для среднего уровня развития регуляции поведения, в случае крайней необходимости будут стараться преодолеть усталость волевым усилием, но после этого может резко снизиться дальнейшая продуктивность. Рекомендуется правильно планировать весь режим дня данных младших школьников с СДВГ, смену активной деятельности и отдыха, что положительно будет влиять на развитие эмоциональной регуляции поведения испытуемого.

На *рис.3* наглядно представлены показатели процентного соотношения суммарного отклонения от аутогенной нормы в диагностируемой группе.

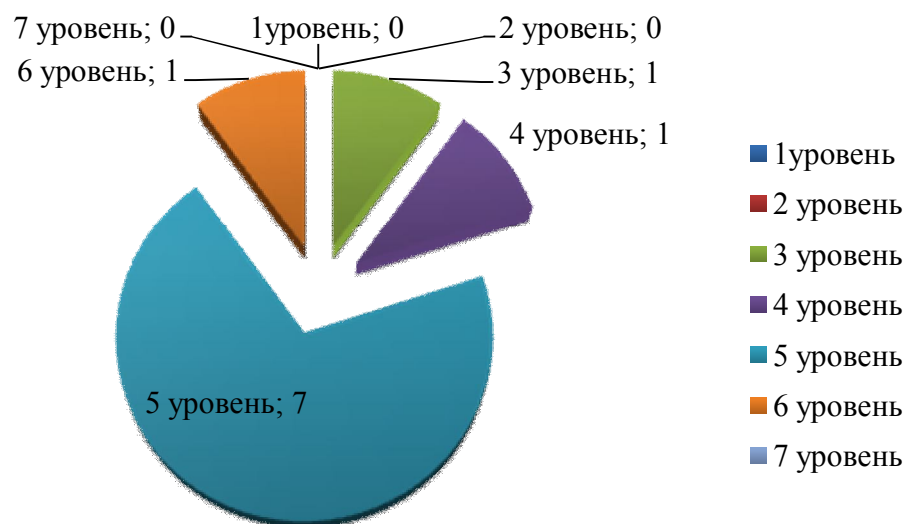


Рис.3. Показатели уровня суммарного отклонения (СО) от аутогенной нормы в процентном соотношении у младших школьников с СДВГ

По выполнению задания №2, которое характеризует сферу социальных эмоций, проанализировав полученные данные по степени дифференциации эмоций, которые представлены в *Таблице 2*.

Таблица 2

Показатели выбора цвета у испытуемой группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью в сфере социальных эмоций

Список эмоций и чувств	Группа испытуемых									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Счастье	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+
2 Горе	-	+	+	-	+	-	-	+	-	+
3 Справедливость	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+
4 Обида	-	+	+	+	-	-	+	-	+	-
5 Дружба	-	+	+	+	+	+	-	+	-	+
6 Ссора	-	-	-	-	+	-	+	-	+	-
7 Доброта	-	+	-	+	-	-	+	+	+	-
8 Злоба	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-

9 Скука	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
10 Восхищение	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+
Итог:	4	8	6	6	6	4	5	5	5	5

Значения (+) отмечаются, где обозначенное чувство совпало с цветовым выбором испытуемого, то есть позитивные чувства, он отметил основными цветами, а негативные коричневым и черным, и значением (-), если не совпало, серый цвет отмечается знаком (-) так как является нейтральным цветом, и означает, что испытуемый не смог определиться с выбором. Далее суммируются ответы (+), и оценивается дифференциация эмоций по 10 бальной шкале:

Высокий уровень – от 8 до 10 баллов

Средний уровень – от 6-9 баллов

Низкий уровень – от 0 до 5 баллов

Группа испытуемых соответствует номеру в представленной таблице 2, и распределена по следующему порядку:

- 1 А. Михаил
- 2 Б. Тимур
- 3 Д. Виктор
- 4 Д. Максим
- 5 К. Дмитрий
- 6 К. Илья
- 7 С. Сергей
- 8 Т. Евгений
- 9 У. Антон
- 10 Ч. Дмитрий

Обобщим полученные показатели по каждому уровню дифференциации эмоций у младших школьников с СДВГ:

1. Высокий уровень. Младшие школьники с СДВГ раскрашивали позитивные эмоции основными цветами, негативные эмоции закрашивали коричневым и черным карандашом. Б. Тимур показал высокую дифференциацию эмоций на этом уровне.

2. Средний уровень. Д. Виктор, Д. Максим, и К. Дмитрий, не смогли дифференцировать такие блоки как: полностью блок потенциальной агрессии, скуку из блока познаний, и ссору из блока межличностного взаимодействия. Некоторые из них не смогли так же правильно обозначить следующие эмоции как: горе и обиду. В итоге каждый из них получил по 6 баллов из 10, допустив ошибки в каждой сфере личностных отношений.

3. Низкий уровень. 6 испытуемых показали такие результаты (4 и 5 баллов). Это показывает очень низкую дифференциацию всех блоков развития.

На *рис.4* наглядно представлены показатели процентного соотношения степени дифференциации эмоций в диагностируемой группе.

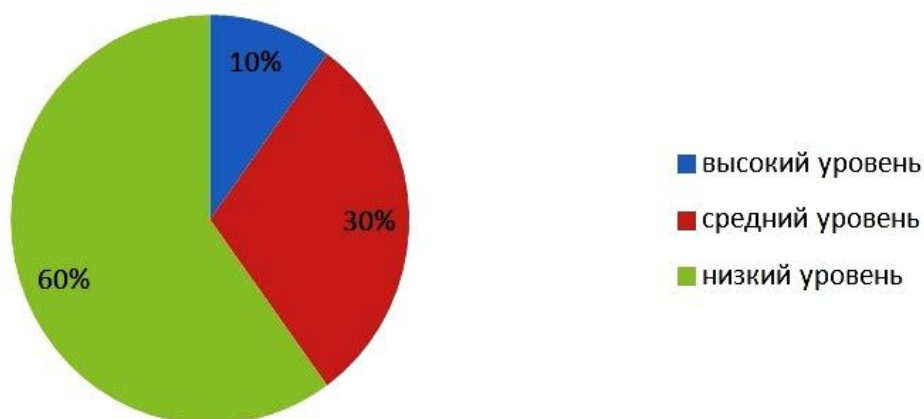


Рис.4. Показатели степени дифференциации эмоций в процентном соотношении испытуемой группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

В задании №3 младшие школьники с СДВГ показали личное отношение к своей деятельности, школьной деятельности, учителю и одноклассникам. При наличии проблем в разных сферах, младший школьник с СДВГ раскрашивал эти домики коричневым или черным карандашом. Цепочки ассоциаций достаточно прозрачны для понимания эмоционального отношения испытуемых к школе. Младшие школьники с СДВГ часто с низкой дифференциацией эмоций, чаще амбивалентны и в эмоциональной оценке видов деятельности. По результатам задания №3 можно выделить три группы испытуемых:

1. В группе с положительным отношением к школе – четверо младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.
2. В группе с амбивалентным отношением – четверо младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.
3. В группе с негативным отношением – двое младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

На основе полученных данных можно предварительно выделить группу младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью на дальнейший формирующий эксперимент, которым необходима коррекционная работа, направленная на формирование эмоциональной регуляции поведения. Учитывалось сложность нарушения, возрастные и личностные особенности испытуемых при составлении количества группы:

1. Д. Виктор – младший школьник с СДВГ.
2. Д. Максим – младший школьник с СДВГ.
3. К. Илья – младший школьник с СДВГ.

2. Методика «Лесенка» (авторы: В. Щур, С. Якобсон).

Оборудование: у психолога бланк для проведения методики представлены в Приложении 3, на котором расположена лесенка из семи ступеней, карандаш и инструкция. Методика проводилась индивидуально с

каждым испытуемым. Младшему школьнику с СДВГ дается бланк с лесенкой, карандаш и озвучивается инструкция.

Инструкция для испытуемого: посмотри внимательно на лесенку. Она у нас большая, и необычная есть низкие ступеньки, а есть повыше. На этой лесенке находятся разные дети как плохие, так и хорошие. На верху лесенки стоят хорошие и послушные дети, ниже стоят дети тоже хорошие, но они иногда делают плохо, чем ниже лесенка (указывается рукой), тем дети делают много плохого и не слушаются взрослых больше, а вот посередине тоже есть дети, но они у нас и не плохие и не хорошие. Ты все запомнил, повтори. Когда психолог понял, что ребенок усвоил инструкцию и запомнил ее, он задает следующий вопрос – «На какой ступеньке этой лесенки стоишь ты?»

Количественный анализ результатов представлен в таблице 2.

Таблица 2

Показатели уровня самооценки экспериментальной группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Уровни Группа испытуемых	Низкий уровень ступенька №1	Заниженный уровень ступеньки №2,3	Оптимально высокий уровень (возрастная норма), ступеньки №4,5,6	Завышенный уровень (допустимо для возрастной категории испытуемых), ступенька №7
А.Михаил	-	-	+	-
Б.Тимур	-	-	-	+
Д. Виктор	-	+	-	-
Д.Максим	-	-	-	+
К. Дмитрий	-	-	-	+
К. Илья	-	-	+	-
С. Сергей	-	-	-	+
Т. Евгений	-	-	-	+
У. Антон	-	-	-	+
Ч. Дмитрий	-	-	-	+

Качественный анализ результатов показывает, что у многих испытуемых (7 из 10) уровень самооценки в норме, они уверены в своих

силах. Младшие школьники с СДВГ, поставившие себя на седьмую ступень, не смогли дать объяснения на вопрос – Почему?

3. Методика «Дерево» (автор П. Уилсон)

Оборудование: красный и зеленый карандаш, бланк с деревом, инструкция.

Инструкция: Посмотри внимательно на рисунок. Перед тобой лесные человечки. У каждого из них разное настроение, каждый занят любимым делом, и каждый занимает на дереве свое положение. Рассмотрите внимательно каждого из них, где он находится и чем он занят. Возьми красный карандаш и раскрась того человечка, который больше всех похож на тебя, у него такое же настроение как у тебя и место на дереве. Возьми зеленый карандаш и раскрась человечка, которым ты бы хотел быть, на месте которого ты бы хотел сейчас оказаться.

Интерпретация результатов выполнения проективной методики «Дерево» проводится с учетом того, какие позиции выбирает данный обучающийся с СДВГ, и какая разница между первым выбором и вторым.

Для ускорения объяснения каждой фигуре на рисунке присвоен номер позиции:

- Выбор человечков под такими номерами как: 1,3,6,7 – показывает установку на преодолении препятствий, целеустремленность, бесстрашие.
- Номера: 2,11,12,18,19 – указывают на общительность.
- Номер 4 – говорит об устойчивом положении (желание добиться успеха в деле, преодолеть трудности).
- № 5 – повышенная утомляемость, состояние слабости.
- № 9 – мотивация на игру, развлечения, поиск позитивного настроения.
- Такие номера как 13 и 21 – говорит о замкнутости, высокая внутренняя тревожность, не общительность.
- № 8 характеризует уход в себя, и наличие страхов у человека.

- Номера 10 и 15 указывает на нормальную адаптацию в коллективе, состояние удовлетворенности своим положением.
- № 14 – состояние внутреннего психологического кризиса.
- № 20 – завышенная самооценка, не хочет слушать никого, делает все по-своему.
- № 16 – переизбыток энергии.
- № 17 – требует защищенности, поиск комфорта, ощущение усталости.

Все данные экспериментальной группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью по выполненной методике представлены в Приложении 4.

Количественный анализ результатов представлен в таблице 3.

Таблица 3

Показатели индивидуального эмоционального состояния экспериментальной группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

№ позиции	Группа испытуемых									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

16										
17										
18										
19										
20										

Группа испытуемых соответствует номеру в представленной таблице 3, и распределена по следующему порядку:

- 1 А. Михаил
- 2 Б. Тимур
- 3 Д. Виктор
- 4 Д. Максим
- 5 К. Дмитрий
- 6 К. Илья
- 7 С. Сергей
- 8 Т. Евгений
- 9 У. Антон
- 10 Ч. Дмитрий

Качественный анализ показателя эмоционального состояния в таблице 3 показывает следующее:

- 9-ю позицию отметили четыре испытуемых, что говорит о том, что они хотят быть в игре и в поиске позитивного настроения.
- 11-ю позицию обозначило четверо испытуемых, это указывает, что они хотят получать больше общения от окружающих их людей, взрослых, родителей.
- 20-ю позицию обозначило четверо испытуемых, что говорит о наличии у них чрезмерно завышенной самооценки, не умении правильно оценить свои возможности.

4. Тест на развитие самоконтроля (автор Н. В. Нижегородцева, и В. Д. Шадриков)

Цель методики заключается в выявлении уровня самоконтроля у экспериментальной группы младших школьников с СДВГ. Способности к самоконтролю предполагает обращение внимания испытуемого на содержание собственных действий, а так же к оценке результатов этих действий и своих возможностей. Перед обследованием психолог готовит карточки с изображениями четырех ситуаций представленные на рисунке 5.

Процедура обследования: психолог показывает по порядку карточки с ситуациями неудачи испытуемого и фиксирует каждый ответ. Если испытуемый дал правильное понимание ситуации, то психолог дает дополнительные объяснения испытуемому, а после предлагает ему найти решение этих проблемных ситуаций.

Ситуации в предъявляемых карточках:

1. Изображение девочки, которая берет лейку и хочет полить цветы, но лейка слишком тяжелая, поэтому она не может ее поднять.
2. Скамейка, об которую мальчик зацепился в момент прыжка.
3. Девочка хочет качаться на качели, а забраться на нее никак не может.
4. Мальчик на склоне горы со сломанной одной лыжей.

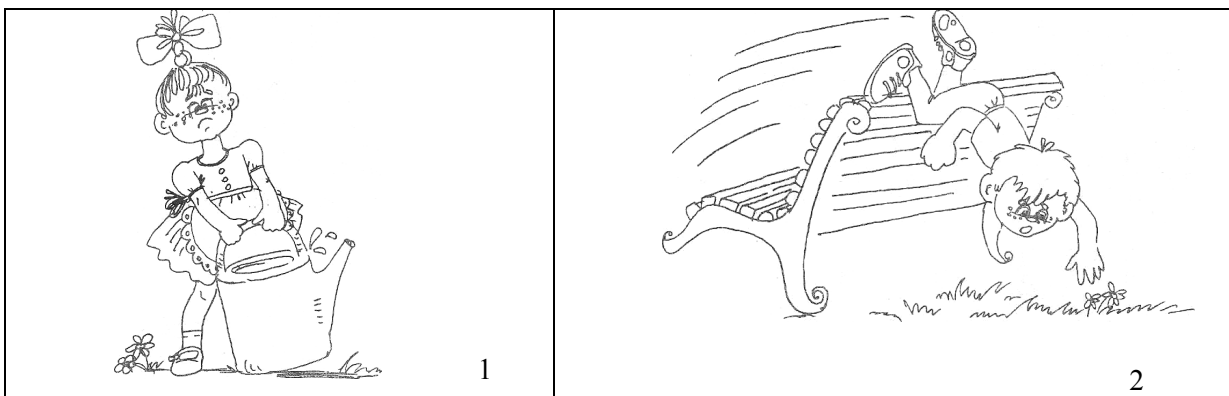




Рис.5. Бланк для использования теста на изучение развития самоконтроля у испытуемой группы младшего школьного возраста

Интерпретация полученных ответов испытуемых оценивается по следующим 3 уровням:

1. В случае если испытуемый объясняет, что причина неудачи зависит от лейки, лыжи, качели, и даже горы, которые никак не соотносятся с персонажами, то это означает, что испытуемый не научился еще оценивать себя, контролировать свое поведение, регулировать свое эмоциональное состояние. Такой участник исследования в случае неудачной ситуации бросит дело и незамедлительно займется другим.

2. Испытуемый, оценивающий причину событий в самих персонажах, и предлагает при этом возможный выход из ситуации, но не указывает на предметы, то у него на среднем уровне способность к саморегуляции, самооценке и самоконтролю.

3. Испытуемый, который объясняет причину неудачной ситуации и объекта и предметов на предъявляемых карточках, говорит о том, что у него высокий уровень способности к анализу ситуаций, хорошей саморегуляции и адекватная самооценка.

Варианты 2 и 3 уровня показывают испытуемые, которые в полной мере прошли кризис 7 лет. Они правильно оценивают происходящие с ними

события и ситуации, контролируют свои действия, могут регулировать свое поведение.

Первый уровень самоконтроля показывают испытуемые, которые схожи по развитию дошкольного возраста. Эти ответы свойственны испытуемым с неадекватно завышенной самооценкой, с неспособностью регулировать свое поведение, непониманием ситуаций, которые с ними происходят. Качественный и количественный анализ по данной методике предложен в таблице 4.

Таблица 4

Показатели уровня самоконтроля у испытуемой группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Группа испытуемых	Уровни самоконтроля		
	1	2	3
1. А. Михаил	+	-	-
2. Б. Тимур	+	-	-
3. Д. Виктор	+	-	-
4. Д. Максим	+	-	-
5. К. Дмитрий	-	+	-
6. К. Илья	+	-	-
7. С. Сергей	+	-	-
8. Т. Евгений	+	-	-
9. У. Антон	+	-	-
10. Ч. Дмитрий	+	-	-

По данным таблицы 4 можно сделать вывод, что вся группа испытуемых имеет низкий уровень развития самоконтроля, что доказывает необходимость проведения психологической коррекционной работы у данной выборки.

5. Тест исследования эмоционально-волевой сферы и личности в целом (автор С. Д. Забрамная)

С. Д. Забрамная в тесте на исследование эмоционально-волевой сферы и личности в целом предлагает 4 таблицы (см. Приложение 5) для

исследования нарушений эмоционально-волевой сферы у младших школьников.

В таблице 1 целью исследования является выявление понимания младших школьников эмоциональных состояний по мимике.

Процедура обследования: испытуемому по порядку показывают картинки, на которых изображено лицо девочки, выражающее четыре основных эмоциональных состояния (смех, страх, злость, плач). Обследуемый внимательно следит за эмоциональной реакцией испытуемого, когда он отвечает по картинкам, и фиксирует его ответы.

Качественный анализ полученных результатов у экспериментальной группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: младшие школьники с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью понимают инструкцию и выполняют задание, но с ошибками. У всех испытуемых (100%) вызвало затруднение дифференциации такого эмоционального состояния как страх, которое они характеризовали либо как плач, либо как злость. Это говорит о том, что младшие школьники с СДВГ понимают только ярко выраженные эмоции, но затрудняются в менее выраженных эмоциональных состояниях.

В таблице 2 целью является выявление понимания инструкции, особенности зрительного восприятия, концентрацию, устойчивость и объем внимания в процессе деятельности, целенаправленность и планирование деятельности, и наличие самоконтроля.

Процедура диагностики: испытуемому показывают по порядку картинки с лабиринтами и дают следующую инструкцию: «Возьми карандаш и покажи, по какой дорожке дети пойдут в школу. Будь внимателен и не переходи через стены лабиринта».

Качественный анализ полученных результатов у экспериментальной группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: младшие школьники с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью в процессе эксперимента часто показывают «сбои» в

процессе выполнения. Это связано с тем, что они не понимают задания, а с излишней нетерпеливостью, поспешностью, чрезмерной активностью, и как вывод выполняют задания со второй или третьей попытки. Это доказывает слабую развитость регуляции поведения, расторможенность, низкий контроль своих действий и поступков.

В таблице 3 и 4 целью исследования является выявление сформированности у испытуемых нравственных качеств личности и поведения.

Процедура проведения. Обследуемый показывает испытуемому по порядку картинки и задает вопрос: «Что происходит на этой картинке?». Так же можно дать дополнительную инструкцию, которая облегчающая ответ вопросом: «Скажи, кто поступил хорошо, а кто поступил плохо?».

Качественный анализ полученных результатов у экспериментальной группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: младшие школьники с СДВГ часто давали ошибочные ответы, при этом их эмоциональная реакция не соответствует предложенным ситуациям. Они понимают смысл задания, но при словесном оформлении оценки ситуации испытывают затруднения.

6. Методика «Нарисуй человека» (автор К. Маховер)

Описание методики, ее теоретические основы, интерпретация, практическая значимость представлена в Приложении 6, а выполненные задания испытуемых представлены в Приложении 7.

Ход проведения индивидуальной диагностики: испытуемому дают цветные карандаши и один лист бумаги формата А4 (210 x 297 мм.) и просят создать рисунок: «Нарисуй, пожалуйста, человека, какого хочешь», если испытуемый отказывается, надо постараться его убедить. На дополнительные вопросы, которые, как правило, носят уточняющий характер: «а какого человека?», следует отвечать уклончиво, например: «любого», «нарисуй, такого, какого тебе хочется». Испытуемому, который отказывается выполнять инструкцию, можно сказать: «ты начни, а дальше легче будет».

В ответ испытуемый не обязательно создаст полноценный рисунок человека. Он может нарисовать человека частично, нечто вроде бюста или в виде карикатуры, мультипликационного героя, абстрактного изображения. В принципе любой рисунок может предоставить важную информацию о испытуемом, тем не менее, если рисунок не удовлетворяет требованиям, ребенка просят взять другой лист бумаги и нарисовать человека еще раз, теперь в полный рост, целиком: с головой, туловищем, руками и ногами.

Инструкция повторяется до тех пор, пока не будет получен удовлетворительный рисунок фигуры человека. Все вопросы и реплики испытуемого в процессе рисования, особенности его поведения, а также такие манипуляции, как стирание элементов рисунка и дополнения необходимо фиксировать. То же самое касается времени рисования.

После того как рисунок завершен, исследователь должен спросить у испытуемого, все ли он нарисовал, а затем психолог переходит к интерпретации рисунка.

Качественный анализ всех рисунков экспериментальной группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью:

- Все испытуемые показали низкий уровень развития, показав результаты от 7 до 10 баллов, что соответствует уровню развития 5-ти лет.
- Все испытуемые показали низкий уровень контроля моторных функций, и низкую эрудированность для данного возраста.

По всем анализам методов и методик можно сделать следующий вывод: младшие школьники с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью имеют низкий уровень развития эмоциональной регуляции поведения, что доказывает заявленную гипотезу. Из выводов следует, что необходимо составить и апробировать коррекционную работу по формированию эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

ГЛАВА 3. ФОРМИРОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

3.1. Возможности применения арт-терапии в работе по формированию эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Арт-терапия, имеет еще одно название, как терапия искусством. Данный вид терапии является сравнительно новым методом в психологии. Лечение искусством возникло еще в начале XX века. Впервые уроки арт-терапии относились к попыткам корректировать эмоционально-личностные проблемы детей, которые эмигрировали в США из Германии во время Великой отечественной войны. Впервые использовать арт-терапию для того, чтобы корректировать трудности развития личности можно отнести к 30-м годам XX века, когда терапия искусством применялась в работе с детьми, которые испытали стресс от фашистских лагерей [29].

Самым первым термин «арт-терапия» использовал Адриан Хилл в 1938 году, когда описал ее в своей работе с больными туберкулезом и в дальнейшем этот термин получил широкое распространение. В современном мире данным термином обозначены все виды занятий искусством, которые проводят в лечебных учреждениях и психологических центрах. Большинство специалистов этой области лечения и профилактики, считают такое понимание слишком широким и неточным. Применение данного вида искусства в процессе лечения основывается на методе, который позволит поэкспериментировать с чувствами, проводить исследование и выражать их на определенном уровне [29].

Изначально, арт-терапия зародилась в теоретических идеях

Зигмунда Фрейда и К. Г. Юнга, и потом начала приобретать очень обширную концептуальную базу, которая включает гуманистические модели развития личности К. Роджерса (описанные в 1951 году) и А. Маслоу (описанные в 1956 году) [29].

По мнению, классических представителей психоанализа, базовым механизмом коррекционного влияния в арт-терапии считается механизм сублимации. В исследованиях, К. Юнга, арт-терапия облегчает индивидуальный процесс саморазвития личности на основании установления баланса между бессознательным и сознательным «Я» [29].

В 20-е годы XX века Принцхорн проводил исследование творчества пациентов с отклонениями в психики, в результате сделал вывод, что их творчество начинает отражать определенные интенсивные конфликты. В США первым кто начал заниматься изучением арт-терапии, была Маргарет Наумбург. Она проводила исследования детей, которые имели проблемы в поведении, и в результате разработала обучающие программы по арт-терапии. В своих работах М. Наумбург опиралась на идеи Фрейда о том, что первые мысли и переживания, которые возникают в подсознании, чаще всего начинают выражаться в форме образов и символов, а не вербально [29].

По мнению, представителей гуманистических направлений, возможности арт-терапии, как коррекции поведения, связаны, прежде всего, с предоставлением пациенту неограниченных возможностей для того, чтобы самовыразиться и самореализоваться в творческой работе, утвердиться и познать свое «Я». Создавая продукты творчества, анализируя свое отношение к окружающему миру, облегчается процесс взаимоотношений с окружающими людьми. Проявление интереса к творчеству человека со стороны окружающих во многом повышают самооценку человека, а также его самовосприятие и самооценности [29].

В 1960 году в США была создана Американская арт-терапевтическая ассоциация. Такие ассоциации возникали и в Англии, и Японии, и Голландии [29].

Арт-терапия – это совокупность психокоррекционных методик, которые имеют определенные различия и особенности. Особенности и различия определяются по жанровой принадлежности к конкретному типу искусства, а также по направленности технологией психокоррекционного применения [2].

Поскольку арт-терапия позволяет обеспечить воздействие средств искусства на организм, то систематизации данной терапии основывается на конкретной специфике различных видов искусства, т.е. музыкотерапия, изотерапия, имаготерапия, библиотерапия, кинезитерапия. Каждый вид арт-терапии разделяется на соответствующие подвиды [29].

Одним из самых распространенных типов арт-терапии считается изотерапия, т.е. это лечебное воздействие на организм при помощи рисунков, лепки, разнообразной изобразительной деятельности [25].

Данный вид арт-терапии может быть как индивидуальный, так и групповой. Такие ученые, как В. Е. Фолке, Т. В. Келлер и другие, описывают следующие направления этого метода:

- Применение существующей изобразительной деятельности, при анализе и интерпретации этого пациентом.
- Побуждение к самостоятельной творческой деятельности в изобразительной деятельности.

В психологической практике очень активно используют изотерапию. В медицинской практике также очень широко применяют изотерапию, которая основана на лечебно-реабилитационной цели, а в психологии для коррекционно-профилактической цели. Изотерапия применяется для работы с детьми с задержками психического развития, трудностями речи, нарушениями слуха, аутизме, когда вербальный контакт затруднителен. В большинстве случаев терапия рисунками выполняет психотерапевтическую функцию, она помогает детям с патологиями справиться с возникшими проблемами [35].

Арт-терапия – это направление, которое использует художественное творчество, т.е. «лечение искусством». И.В. Сусанина дает очень подробное определение. По ее определению «Арт-терапия - это область, которая использует невербальный язык искусства для развития личности в качестве средства, дающего возможность контактировать с глубинными аспектами нашей духовной жизни» [35].

Главной задачей арт-терапии является восстановление нарушенных связей между чувством и разумом, развитие целостной личности, нахождение личных смыслов через творчество [25].

Арт-терапия является естественным и бережным методом исцеления и развития души через художественное творчество, активно развивается как комплекс психотерапевтических методик [29].

Арт-терапия помогают ребенку выразить свои мысли, чувства, настроения в процессе своего творчества. Работа строится так, что ребенка ни с кем не сравнивают, не применяют оценочные суждения. В процессе своего творчества дети могут расслабиться и делать то, что запрещено в обыденной жизни. В этот период происходит выплеск отрицательных эмоций, ребенок становится более спокойным [25].

Рисование выполняет как профилактическую, так и терапевтическую функцию, а также приводит в баланс внутренние качества состояния ребенка, и в результате этого процесса «ведущим» является сам ребенок [25].

В процессе рисования у детей с СДВГ происходит процесс развития движения кистей рук, в основном вращательных, а также развитие тактильной чувствительности (то есть осязание), развивается произвольное мышление, зрительно-моторная координация и глазомер [35].

Процесс рисования начинает стимулировать развитие левого полушария головного мозга ребенка (т.е. происходит развитие образного мышления) [29].

Так же арт-терапия активно способствует развитию положительной самооценки детей, а также развития положительного отношения к

окружающему миру, способствует развитию сенсорных способностей, оказывает влияние на эстетическое развитие [29].

Выделяют несколько особенностей подходов при использовании арт-терапии:

1. Восприятие без оценок всех работ. В арт-терапии нет такого понятия как «правильно» или «неправильно». Ребенок должен чувствовать себя в безопасности, осознавать то, что создание образов, что рисование это только процесс передачи своего воображения, и что оценивания этого не будет.

2. В данной работе ребенок является экспертом. Работу необходимо построить так, чтобы отправной точкой являлся опыт самого ребенка, то есть ребенок будет являться экспертом своих работ.

3. В методике рассматривается каждая работа, вне зависимости от профессионального ее выполнения.

4. Необходимо сохранять тайну, так как рисунки – это личный уровень развития каждого ребенка.

5. Ребенок должен рассказать о своей работе. Но нельзя заставлять рассказывать больше, если ребенок не желает этого делать.

6. Если работа происходит в группе, то необходимо установить основные правила. Правила необходимо выполнять с уважением, уважая вклад каждого ребенка, и так чтобы окружающая обстановка была безопасной, чтобы все дети группы себя комфортно чувствовали. Основные правила, которые необходимо соблюдать: внимательно слушать и не перебивать говорящего, уважать мнение каждого в группе, принимать активное участие в проведении занятия не обязательно, не оценивать работы и не говорить плохо или хорошо, и сохранять конфиденциальность [29].

Шоттенлоэр Г. рекомендует использовать арт-терапию для психокоррекционной работы с детьми, которые имеют душевные раны, внутренние конфликты, высокую тревожность. Данный метод предполагает, что радость повышает уверенность в себе, начинает формировать позитивное

отношение к жизни, а именно такое качество, в развитии которого нуждается гиперактивный ребенок, который имеет большое количество страхов. Рисунки заставляют сконцентрироваться на своих переживаниях, тем самым осознавая их [34].

Искусство это важный фактор художественного развития, которое оказывает огромное психотерапевтическое воздействие, влияет на эмоциональную сферу детей, в результате выполняет коммуникативную, регулятивную функцию:

1. Коррекционно-развивающие и психотерапевтические возможности арт-терапии основываются на предоставлении ребенку неограниченных возможностей для того, чтобы самореализоваться как в процессе творчества, так и в познании своего «Я». В процессе создания продукта художественной деятельности у ребенка улучшается процесс коммуникации, улучшаются отношения с взрослыми и сверстниками на разнообразных этапах развития личности. Заинтересованность взрослых к рисункам ребенка начинает повышать его самооценку.

2. Регулятивная функция заключается в том, чтобы снять нервно-психическое напряжение, регулирует психосоматические процессы и моделирует положительное психологическое эмоциональное состояние.

3. Катарсическая функция при воздействии искусства известна довольно давно. Понятием «катарсис» появилось еще в Древней Греции, и подразумевало психологическое очищение, которое испытывал человек после общения с искусством. В психологии механизм катарсиса был описан Л. С. Выготским, в его работе «Психология искусства». Он писал: «Искусство всегда несет в себе нечто, преодолевающее обыкновенное чувство. Боль и волнение, когда они вызываются искусством, несут в себе нечто большее, нежели обыкновенную боль и волнение. Переработка чувств в искусстве заключается в превращении их в свою противоположность, т. е. положительную эмоцию, которую несет в себе искусство» [35].

Арт-терапия является междисциплинарным подходом, соединяющим в себе различные области знания – психологию, медицину, педагогику, этнографию и т.д. Её основой выступает творческая деятельность (визуальная, пластическая, аудиальная экспрессия). Наиболее точно содержание арт-терапии предложил М.Е. Бурно – терапия творческим самовыражением. В широком смысле арт-терапия – это исцеление посредством творчества: использование уже готовых произведений искусства (картин, музыки) и самостоятельного творчества. Методы арт-терапии с успехом могут применяться для профилактики и коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств, школьной адаптации. Пионеры применения арт-терапии в психотерапии детей и подростков (А. Фрейд, В. Ловенфельд, Д. Винникотт, Э. Крамер) подчёркивали большую роль изобразительных и игровых методов в оказании психологической помощи [25].

Изобразительную деятельность ребенка они рассматривали в неразрывной связи с развитием его психики, овладению навыками, необходимыми для взаимодействия с окружающими. Сама изобразительная деятельность является мощным терапевтическим фактором. Она допускает разнообразные способы обращения с художественными материалами. Одни способствуют оказанию седативного эффекта, снятию эмоционального напряжения. Другие позволяют отреагировать сложные переживания и достичь над ними контроля. Выражение чувств и представлений ребёнка в процессе занятий с использованием методов арт-терапии позволяют более наглядно и доступно помочь осознать грани своего внутреннего мира и развивать с ним психотерапевтическое взаимодействие. Важным при работе с детьми с СДВГ является то, что ребёнок может устанавливать оптимальную для себя дистанцию в отношениях со специалистом, используя художественные материалы в качестве посредников. Часто процесс изобразительной деятельности помогает психически травмированному ребёнку восстановить чувство собственного достоинства, реализовать спектр защитно-приспособительных реакций. Ценность имеет также физический

контакт с различными художественными и природными материалами (глина, гуашь, тесто, песок, вода и т.д.), что позволяет не только отреагировать переживания, но и оживить сферу физических ощущений и архетипических символов. Помимо индивидуальной арт-терапии используется и групповая [2].

Успешное проведение групповой арт-терапии при наличии у детей импульсивных проявлений требует большего структурирования их деятельности, при этом важно не утратить контакта с ребёнком, не подавить творческого начала, создать в группе безопасную атмосферу. Групповую арт-терапию с детьми, страдающими СДВГ исследователь Д. Энли (Henley, 1998) считает основной частью комплексной мультимодальной программы» [29].

3.2. Составление и апробация программы формирования эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

В ходе констатирующего эксперимента были получены данные, которые были проанализированы, и на их основе была составлена коррекционно-развивающая программа, которая направлена на формирование эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Пояснительная записка.

В последнее время увеличивается тенденция обращения родителей к специалистам по проблеме синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у младших школьников.

Ввиду этого для обучающихся младших классов ГКОУ СО «Екатеринбургская школа-интернат №9» составляется коррекционно-развивающая программа, направленная на формирование эмоциональной саморегуляции поведения.

В коррекционной программе использованы элементы игротерапия, изотерапия, дыхательные упражнения, релаксационные упражнения. Выбранные методы позволяют более эффективно влиять на формирование эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с СДВГ.

Данная коррекционная работа составлена с учетом научных работ таких авторов как: Л. А. Аметова, В. М. Астапов, В. И. Габдракипова, Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, А. Д. Кошелева, И. А. Копытин, Ю. Д. Кропов, Е. Лютова и других.

Цель программы – это формирование эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Задачи:

1. Формирование навыков целеполагания.
2. Формирование и развитие навыков моделирования своей деятельности.
3. Выработка стратегии планирования своей деятельности.
4. Формирование и развитие навыка самоконтроля своей деятельности.
5. Формирование и развитие навыка анализировать свою деятельность.

Форма работы групповая. Количество занятий 20.

Коррекционное занятие состоит из последовательных частей:

- 1 – Вводная часть, состоит из ритуала приветствия, объявления темы и разминки.
- 2 – Основная часть, состоит из основного содержания занятия.
- 3 – Заключительная часть, состоящая из подведения итогов, рефлексии занятия и ритуала прощания. Вся структура коррекционного занятия представлена в таблице 5.

Структура коррекционно-развивающего занятия

Этапы	Название	Основное направление	Характеристика
1	Ритуал приветствия	Устанавливается положительная реакция на занятие	Создается атмосфера группового принятия и доверия, сплотить участников.
2	Объявление темы	Объявление основного содержания работы	Установка положительной мотивации, настроения на занятие. Обсуждение примеров из возможного опыта по теме с участниками.
3	Разминка	Воздействие на эмоциональное состояние участников, уровень их активности.	Выполняет важную функцию настройки на продуктивную групповую деятельность. Она проводится не только в начале занятия, но и между отдельными упражнениями. Разминочные упражнения позволяют активизировать детей, поднять их настроение, или направлены на снятие эмоционального возбуждения.
4	Основное содержание занятия	Совокупность психотехнических упражнений и приемов, направленных на решения задач данного занятия. Например: игротерапия, арт-терапия, групповая дискуссия, проигрывание ситуаций.	Многофункциональные техники направлены на развитие социальных навыков, и динамическое развитие группы.
5	Подведение итогов	Результаты	Установка достигнутых результатов или приобретенных навыков, умений и знаний достигнутых в ходе занятия.
6	Рефлексия занятия	Оценка занятия, беседы, получение обратной связи	Виды оценок: - эмоциональная реакция (понравилось - не понравилось, было хорошо - было плохо и почему). - осмысление (почему это важно, зачем мы это делали).
7	Ритуал прощания	Устанавливается положительная реакция.	Закрепляется положительная оценка всего занятия, и мотивация на дальнейшую работу.

Конспекты психологических занятий психолога в рамках коррекционной программы по формированию эмоциональной регуляции поведения с младшими школьниками с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью представлены в Приложении 8.

Тематическое планирование коррекционной программы по формированию эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с СДВГ представлено в таблице 6.

Таблица 6

Тематическое планирование коррекционной программы по формированию эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Этапы	№ занятия	Цель и задачи	Кол-во часов
1. Целеполагание	Занятие 1 Занятие 2 Занятие 3 Занятие 4	Цель: Формирование и отработка стратегического навыка в любой деятельности ставить и удерживать поставленную цель. Задачи: 1. Формирование навыка формулирование цели своей деятельности. 2. Развитие навыка удерживать смысловое содержание своей цели в процессе деятельности.	Каждое занятие 30 минут
2. Моделирование	Занятие 5 Занятие 6 Занятие 7 Занятие 8	Цель: формирование и развитие стратегического навыка формулирования, и фиксирование замысла работы, обозначение значимых условий для достижения поставленной цели. Задачи: 1. Формирование навыка формулирование плана работы 2. Развитие навыка выделения значимых условий в процессе деятельности	Каждое занятие 30 минут

3. Планирование	Занятие 9 Занятие 10 Занятие 11 Занятие 12	Цель: выработка стратегии планирования, выделение необходимых условий реализации основного действия, связанного с целевым замыслом. Задачи: 1. Отработка навыка формулирования плана, последовательности использования выделенных условий перед началом деятельности. 2. Развития навыка соблюдения алгоритма при осуществлении действий для достижения цели.	Каждое занятие 30 минут
4. Самоконтроль	Занятие 13 Занятие 14 Занятие 15 Занятие 16	Цель: развитие самоконтроля, для оценивания результатов своей деятельности. Задачи: 1. Формирование и отработка навыка самоконтроля своей деятельности, свое состояние, и его оценивание. 2. Научить учитывать возникающие разногласия (адекватные навыки самооценивания) и своевременно принимать решения о коррекции исполнительных действий.	Каждое занятие 30 минут
5. Самокоррекция (формирование навыка корректирования своей деятельности)	Занятие 17 Занятие 18 Занятие 19 Занятие 20	Цель: формирование и развитие стратегии самокоррекции. Задачи: 1. Отработка навыка своевременно определять рассогласованность поставленной цели и конечного результата. 2. Развитие навыка анализировать и способность исправлять ошибки в процессе деятельности.	Каждое занятие 30 минут
Итого:	20 занятий		10 часов

3.3. Проведение контрольного этапа эксперимента в изучении эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и анализ полученных результатов

Контрольный эксперимент был направлен на выявление эффективности составленной и апробированной коррекционной программы в формирующем эксперименте направленной на формирование эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Контрольный эксперимент проводился в три этапа:

1. Подготовительный этап: сбор данных и подведение итогов по результатам исследования, качественный и количественный анализ полученных данных.
2. Основной этап: сопоставление данных констатирующего и контрольного этапа.
3. Завершающий этап: оценка эффективности формирующего эксперимента.

Для исследования эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с СДВГ были выбраны следующие методы и методики:

1. Проективная методика личностных отношений, социальных эмоций и ценностных ориентаций «Домики» (автор О. А. Орехова), в которой применяется «Цветовой тест Люшера» (автор М. Люшер).
2. Методика «Лесенка» (авторы В. Щур и С. Якобсон).
3. Тест на исследование эмоционально-волевой сферы и личности в целом (автор С. Д. Забрамная).
4. Методика самооценки «Дерево» (автор П. Уилсон).
5. Тест на развитие самоконтроля (автор Н. В. Нижегородцева, В. Д. Шадриков).

База исследования – ГКОУ Свердловской области «Екатеринбургская школа-интернат №9». Исследование проводилось по выбранным методикам индивидуально с каждым испытуемым младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

В контрольном эксперименте приняли участие та же экспериментальная группа, которая была заявлена в констатирующем и формирующем эксперименте.

1. Проективная методика личностных отношений, социальных эмоций и ценностных ориентаций “Домики” (автор О. А. Орехова).

Стимульный материал: бланки для регистрации с полученными данными представлены в Приложении 9.

Представим выводы по каждому показателю:

1. Анализ динамики полученных результатов по вегетативному коэффициенту представлены в таблице 7.

Таблица 7

Показатели динамики уровня вегетативного коэффициента экспериментальной группы младших школьников с СДВГ

Группа испытуемых	Динамика уровня вегетативного коэффициента	
	Показатели до формирующего эксперимента	Показатели после проведения формирующего эксперимента
1. А. Михаил	0,93	1,3
2. Б.Тимур	0,6	1,4
3. Д. Виктор	0,83	0,93
4. Д. Максим	2	0,92
5. К. Дмитрий	0,61	1,2
6. К. Илья	0,8	0,93
7. С. Сергей	2	1,4
8. Т. Евгений	2	1,2
9. У. Антон	0,45	1
10. Ч. Дмитрий	0,8	1

Выводы по таблице 7: вся группа испытуемых показала положительную динамику по данному критерию, который соответствует показателю от 0,92 – 1,9, это указывает на то, что работоспособность у испытуемых стала приближаться к оптимальному уровню. Испытуемые

приблизились к здоровой активности, и готовы к энергозатратам. Нагрузки стали равны возможностям испытуемых. Образ жизни, режим дня и отдыха стал позволять младшим школьникам с СДВГ восстанавливать затраченную энергию.

2. Анализ динамики полученных результатов по суммарному отклонению от аутогенной нормы у испытуемой группы представлены в таблице 8.

Таблица 8

Динамика показателя суммарного отклонения от аутогенной нормы у младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Группа испытуемых	Динамика показателя суммарного отклонения от аутогенной нормы	
	Показатели до формирующего эксперимента	Показатели после проведения формирующего эксперимента
1. А. Михаил	18	18
2. Б. Тимур	18	11
3. Д. Виктор	24	12
4. Д. Максим	18	14
5. К. Дмитрий	22	16
6. К. Илья	14	12
7. С. Сергей	22	16
8. Т. Евгений	21	14
9. У. Антон	27	16
10. Ч. Дмитрий	10	16

По данным Таблицы 8 можно сделать следующие выводы: у всех испытуемых суммарное отклонение от аутогенной нормы стало стабильным либо видна положительная динамика по показателям (от 10 до 18), это показывает, что у испытуемых эмоциональное состояние в норме. Все из испытуемой группы могут регулировать свое эмоциональное состояние.

3. Анализ показателей по степени дифференциации выбора цвета испытуемой группой младших школьников с СДВГ характеризующих сферу социальных эмоций представлено в таблице 9.

Таблица 9

Динамика показателей выбора цвета у испытуемой группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью в сфере социальных эмоций

Группа испытуемых	Динамика показателя выбора цвета	
	Показатели до формирующего эксперимента	Показатели после проведения формирующего эксперимента
1. А. Михаил	4	7
2. Б.Тимур	8	8
3. Д. Виктор	6	9
4. Д. Максим	6	7
5. К. Дмитрий	6	8
6. К. Илья	4	9
7. С. Сергей	5	9
8. Т. Евгений	5	9
9. У. Антон	5	8
10. Ч. Дмитрий	5	8

Высокий уровень – от 8 до 10 баллов

Средний уровень – от 6-7 баллов

Низкий уровень – от 0 до 5 баллов

Обобщим полученную динамику показателя выбора цвета по каждому уровню дифференциации эмоций у младших школьников с СДВГ:

1. Высокий уровень. Младшие школьники с СДВГ раскрашивали позитивные эмоции основными цветами, негативные эмоции закрашивали коричневым и черным карандашом. После проведения формирующего эксперимента у семи испытуемых этот показатель достиг этого значения, что говорит о высокой дифференциации эмоций на этом уровне, и положительную динамику после проведенной коррекционной программы, и у одного испытуемого остался на этом же уровне.

2. Средний уровень. А. Михаил и Д. Виктор не смогли дифференцировать такие блоки как: полностью блок потенциальной агрессии, скуку из блока познаний, и ссору из блока межличностного

взаимодействия. В итоге каждый из них получил по 7 баллов из 10, допустив ошибки в сферах личностных отношений. Учитывая предыдущий показатель, можно отметить, что после апробации коррекционной программы, динамика пошла в положительную сторону.

3. Низкий уровень. Никто из испытуемых не показал такого результаты после апробации коррекционной программы.

Показатели динамики по выполнению задания № 3 по методике «Домики» младших школьников с СДВГ, которые показали личное отношение к своей деятельности, школьной деятельности, учителю и одноклассникам. При наличии проблем в разных сферах, младший школьник с СДВГ раскрашивал эти домики коричневым или черным карандашом. Цепочки ассоциаций достаточно прозрачны для понимания эмоционального отношения испытуемых к школе. Младшие школьники с СДВГ часто с низкой дифференциацией эмоций, чаще амбивалентны и в эмоциональной оценке видов деятельности. По результатам задания №3 можно выделить следующую динамику: все испытуемые стали относиться к школе положительно, либо нейтрально, некоторые из участников групп обрели друзей в обучающей деятельности благодаря апробированной коррекционной программе, которая позволила формировать эмоциональную регуляцию поведения у младших школьников с СДВГ.

2. Методика «Лесенка» (авторы: В. Щур, С. Якобсон).

Оборудование: у психолога бланк для проведения методики представлены в Приложении 3, на котором расположена лесенка из семи ступеней, карандаш и инструкция. Методика проводилась индивидуально с каждым испытуемым. Младшему школьнику с СДВГ дается бланк с лесенкой, карандаш и озвучивается инструкция.

Анализ динамики результатов показал, что все испытуемые стали более реально себя оценивать и ставить себя на 6 и 7 ступеньку. На вопрос - почему? – стали давать логические ответы, например: потому, что я плохо

рисую и пишу, или я не всегда могу быть хорошим, так как я бегаю и шумлю, а мне говорят нельзя.

3. Методика «Дерево» (автор П. Уилсон)

Все данные экспериментальной группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью по выполненной методике представлены в Приложении 4.

Количественный анализ результатов представлен в таблице 12.

Таблица 12

Показатели индивидуального эмоционального состояния экспериментальной группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

№ позиции	Группа испытуемых									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

Группа испытуемых соответствует номеру в представленной таблице 3, и распределена по следующему порядку:

- 1 А. Михаил
- 2 Б. Тимур
- 3 Д. Виктор
- 4 Д. Максим
- 5 К. Дмитрий
- 6 К. Илья
- 7 С. Сергей
- 8 Т. Евгений
- 9 У. Антон
- 10 Ч. Дмитрий

Качественный анализ динамики показателя эмоционального состояния в таблице 3 показывает следующее, что все испытуемые показали положительную динамику. Многие младшие школьники с СДВГ стали ориентироваться на позиции 10 и 15, что показывает нормальную адаптацию в коллективе и удовлетворение своим положением. Некоторые испытуемые указали на такие позиции как: 9, 11, 12, говорит о том, что испытуемые ориентированы на общение и игру в большей степени, чем на учебную деятельность.

4. Тест на развитие самоконтроля (автор Н. В. Нижегородцева, и В. Д. Шадриков)

Анализ динамики показателя уровня самоконтроля у экспериментальной группы младших школьников с СДВГ. Способности к самоконтролю предполагает обращение внимания испытуемого на содержание собственных действий, а так же к оценке результатов этих действий и своих возможностей. Бланк для исследования представлен на рисунке 5.

Интерпретация полученных ответов испытуемых оценивается по следующим 3 уровням:

4. В случае если испытуемый объясняет, что причина неудачи зависит от лейки, лыжи, качели, и даже горы, которые никак не соотносятся с персонажами, то это означает, что испытуемый не научился еще оценивать себя, контролировать свое поведение, регулировать свое эмоциональное состояние. Такой участник исследования в случае неудачной ситуации бросит дело и незамедлительно займется другим.

5. Испытуемый, оценивающий причину событий в самих персонажах, и предлагает при этом возможный выход из ситуации, но не указывает на предметы, то у него на среднем уровне способность к саморегуляции, самооценке и самоконтролю.

6. Испытуемый, который объясняет причину неудачной ситуации и объекта и предметов на предъявляемых карточках, говорит о том, что у него

высокий уровень способности к анализу ситуаций, хорошей саморегуляции и адекватная самооценка.

Варианты 2 и 3 уровня показывают испытуемые, которые в полной мере прошли кризис 7 лет. Они правильно оценивают происходящие с ними события и ситуации, контролируют свои действия, могут регулировать свое поведение.

Первый уровень самоконтроля показывают испытуемые, которые схожи по развитию дошкольного возраста. Эти ответы свойственны испытуемым с неадекватно завышенной самооценкой, с неспособностью регулировать свое поведение, непониманием ситуаций, которые с ними происходят. Качественный и количественный анализ по данной методике предложен в таблице 4.

Рассмотрим подробно динамику показателя уровня самоконтроля у испытуемой группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, которая представлена в таблице 13.

Таблица 13

Динамика показателя уровня самоконтроля у испытуемой группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Группа испытуемых	Динамика уровня самоконтроля	
	Показатели до формирующего эксперимента	Показатели после проведения формирующего эксперимента
А. Михаил	1	2
Б. Тимур	1	2
Д. Виктор	1	2
Д. Максим	1	2
К. Дмитрий	2	2
К. Илья	1	2
С. Сергей	1	2
Т. Евгений	1	2
У. Антон	1	2
Ч. Дмитрий	1	2

По данным таблицы 13 можно сделать вывод, что у всей группы испытуемых был низкий уровень развития самоконтроля, но после

апробации коррекционной программы, он поднялся до 2 уровня, что говорит о положительной динамике.

5. Тест исследования эмоционально-волевой сферы и личности в целом (автор С. Д. Забрамная)

С. Д. Забрамная в тесте на исследование эмоционально-волевой сферы и личности в целом предлагает 4 таблицы (см. Приложение 5) для исследования нарушений эмоционально-волевой сферы у младших школьников.

В таблице 1 целью исследования является выявление понимания младших школьников эмоциональных состояний по мимике.

Качественный анализ полученных результатов у экспериментальной группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: младшие школьники с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью понимают инструкцию и выполняют задание, но уже безошибочно. Это говорит о том, что младшие школьники с СДВГ понимают только ярко выраженные эмоции, и уже не затрудняются в менее выраженных эмоциональных состояниях.

В таблице 2 целью является выявление понимания инструкции, особенности зрительного восприятия, концентрацию, устойчивость и объем внимания в процессе деятельности, целенаправленность и планирование деятельности, и наличие самоконтроля.

Качественный анализ полученных результатов у экспериментальной группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: испытуемые в процессе эксперимента часто показывали «сбои» в процессе выполнения. Это было связано с тем, что они понимали задания, но с излишней нетерпеливостью, поспешностью, чрезмерной активностью, и как вывод выполняли задания со второй или третьей попытки. После апробации коррекционной программы, они стали более сконцентрированы на задании, лучше контролировали себя, многие сделали задание с первой попытки, доказывает развитость регуляции поведения,

целенаправленность своих действий, хороший контроль своих действий и поступков.

В таблице 3 и 4 целью исследования является выявление сформированности у испытуемых нравственных качеств личности и поведения.

Качественный анализ динамики полученных результатов у экспериментальной группы младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: испытуемые стали менее часто давать ошибочных ответов, при этом их эмоциональная реакция стала соответствовать предложенным ситуациям. Они понимают смысл задания, и при словесном оформлении оценки ситуации выдавали правильные ответы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ребенок с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью представляет очень разнообразную группу, которая отличается в значительной степени выраженностью и сочетанием симптомов.

Причины возникновения СДВГ до сегодняшнего дня окончательно не установлено, несмотря на то, что проводилось много исследований. Многие ученые высказывают свое мнение о генетической природе данной патологии, а другие ученые выделяют также семейные, пренатальные и постнатальные факторы риска данного заболевания.

Проявления СДВГ очень ярко выражены в младшем школьном возрасте. Это связано с тем, что в этом возрасте происходит активное развитие высшей нервной деятельности ребенка. Основным признаком данной патологии является нарушение внимания, следовательно, именно этот симптом и определит динамику и дальнейший прогноз заболевания.

Эмоции представляют собой реакции человека на значимое событие при взаимодействии с окружающим миром, участвуют в организации, регуляции и осуществлении деятельности и поведения. Однако эмоции влияют на деятельность и поведение намного заметнее, поскольку сразу же обнаруживаются отношения индивида к происходящему. Иными словами: эмоции скрывают под собой отношения человека к происходящему с ним, отношения человека к происходящему в окружении самого человека, а также отношения к тому, что ему делать в следующий момент.

Основная задача выпускной квалификационной работы заключалась в исследовании и формировании эмоциональной регуляции поведения учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, которая была достигнута в ходе проведения эксперимента. Основными задачами, которые были достигнуты в ходе работы, являлось: проведение констатирующего, формирующего и контрольного эксперимента.

Проведя количественный и качественный анализ проведенных исследований на этапах констатирующего и контрольного эксперимента можно сделать определенный вывод, что составленная программа способствует снижению стресс-реактивности, повышению моторного контроля и в целом повышению адаптивных способностей.

В результате проведенной работы можно сделать следующий вывод, что у младшего школьника с СДВГ заметно наблюдаются значительные затруднения в постоянстве волевых качеств. Данный факт описан и во многих литературных источниках, которые описывают данную проблему.

Следовательно, младший школьник с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью нуждается в проведении коррекционной программы направленной на формирование эмоциональной регуляции поведения. Выбирая метод для формирования эмоциональной регуляции поведения у младших школьников с СДВГ необходимо подходить строго индивидуально для каждого младшего школьника с СДВГ, учитывать при этом все особенности. Психологический подход должен быть комплексным и обязательно сочетать в себе: активную работу с ближайшим окружением ребенка, сочетать в работе приемы психолого-педагогической коррекции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альтхерр, П. Гиперактивные дети. Коррекция психомоторного развития. [Текст] / П. Альтхерр, Л. Берг, А. Вельфль, М. Пассолът – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 160 с.
2. Аметова, Л. А. Формирование арт-терапевтической культуры младших школьников. Сам себе арт-терапевт. [Текст] / Л. А. Аметова, – М., 2013. – 88 с.
3. Астапов, В. М. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития [Текст] / В. М. Астапов, – М.: Питер Пресс, 2008. – 256 с.
4. Ахутина, Т. В. Нейропсихология индивидуальных различий детей как основа использования нейропсихологических методов в школе [Текст] / Т. В. Ахутина. // Первая Международная конференция памяти А. Р. Лурия / Ред. Е. Д. Хомской, М., 1997. С. 5
5. Бадалян, Л. О. Детская неврология. [Текст] / Л. О. Бадалян – М., 2010. – 608 с.
6. Байярд, Р. Т. Ваш беспокойный подросток. Практическое руководство для отчаявшихся родителей. Пер. с англ. А. Б. Орлова. (Школа для родителей) [Текст] / Р. Т. Байярд, – М.: «Семья и школа», 2002. – 208 с.
7. Белоусова, Е. Д., Никифорова, М. Ю. Синдром дефицита внимания и гиперактивности. [Текст] / Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2000. - № 3. - с.39-42.
8. Брызгунов, И. П., Дефицит внимания с гиперактивностью у детей [Текст] / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова – М.: Медпрактика, 2012. – 176 с.
9. Брызгунов, И. П., Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях [Текст] / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова – М.: Издательство Института Психотерапии, 2011. – 96 с.

10. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других [Текст] / В. В. Бойко, – М.: Информационно-издательский центр «Филинь», 1996. – 472 с.
11. Брызгунов, И. П., Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. [Текст] / И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова – Издательство Института психотерапии, 2002.
12. Буянов, М. И. Беседы о детской психиатрии [Текст] / М. И. Буянов – М.: Просвещение, 1992. – 255 с.
13. Ворсобин, В. Н., Изучение цвета при переживании положительных и отрицательных эмоций дошкольниками. [Текст] / В. Н. Ворсобин., В. Н. Жидкин. // Вопросы психологии. 1980. №3 - с. 121-124.
14. Габдракипова, В. И. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. [Текст] / В. И. Габдракипова, Э.Г. Эйдемиллер – М.: УЦ «Перспектива», 2009. – 44 с.
15. Гилевич, И. А., Забара, Е. А. Дети с отклонениями в развитии. / И. А. Гилевич, Е. А. Забара – М.: Аквариум, 2007. – 128 с.
16. Грибанов, А. В., Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. [Текст] / А. В. Грибанов., Волокитина, Т. В. Гусева, Е. А. Подоплекин Д. – М.: Академический Проект, 2014. – 142 с.
17. Гудман, Р., Детская психиатрия. [Текст] / Р. Гудман, С. Скотт. – М., Триада – Х, 2008. – 349 с.
18. Дробинская, А. О. Школьные трудности «нестандартных» детей [Текст] / А. О. Дробинская – М., 2001. – 144 с.
19. Дробинский А. О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания [Текст] //Дефектология.-1999.-№1.
20. Журба, Л. Т. Клинико-генетические, УЗИ и ЭЭГ исследования синдрома гипервозбудимости центральной нервной системы у детей раннего

возраста: Методические рекомендации. [Текст] / Л. Т. Журба, О. В. Тимонина, Т. Н. Строганова, И. Н. Посикера – М., 2001. – 54 с.

21. Заваденко Н. Н., Школьная дезадаптация: Психоневрологическое и нейропсихологическое исследование [Текст] / Н. Н. Заваденко // Вопросы психологии. 1999. №4. С. 21-28.

22. Заваденко, Н. Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. [Текст] / Н. Н. Заваденко – М.: Школа-Пресс, 2001. – 112 с.

23. Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. [Текст] / Н. Н. Заваденко — М., Академия, 2005. – 125 с.

24. Заваденко Н.Н. Диагноз и дифференциальный диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей [Текст] / Н. Н. Заваденко // Школьный психолог. - 2010. - № 4. - 2 - 6 с.

25. Зинкевич-Евстигнеева, Т. Д. Путь к волшебству. Теория и практика арттерапии. [Текст] / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, – СПб.: Златоуст, 2015. – 251 с.

26. Иванец, И. И. Трудный ребенок [Текст] / И. И. Иванец, М. Б. Ингерлейб – Ростов Феникс, 2004. – 320 с.

27. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства. [Текст] / Е.П. Ильин - СПб: Питер, 2001. – 725 с.

28. Кошелева, А. Д., Алексеева, Л. С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребёнка. [Текст] / А. Д. Кошелева, Л. С. Алексеева – М.: НИИ Семьи, 1997. – 64 с.

29. Копытин, А. И. Арттерапия в общеобразовательной школе. [Текст] / А. И. Копытин, Методическое пособие – СПб.: 2015. – 176 с.

30. Кропотов, Ю. Д. Современная диагностика и коррекция синдрома нарушения внимания. [Текст] / Ю. Д. Кропотов. – СПб., ЭЛБИ, 2005. – 68 с.

31. Кузнецова, Л. В. Основы специальной психологии. [Текст] / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева. – М.: Издательский центр «Академия», 2014. – 480 с.

32. Лабунская, В. А. Невербальное поведение. [Текст] / В. А. Лабунская – Ростов.: Издательство Ростовского Университета. – 1986. – 136 с.
33. Лурия, А. Р. Основы нейропсихологии. [Текст] / А.Р. Лурия – М, 2002. – 384 с.
34. Лютова, Е. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми [Текст] / Е. Лютова, Г. Моница – СПб.: ООО Издательство «Речь», 2000. – 190 с.
35. Лютова, Е. Шпаргалка для родителей: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми [Текст] / Е. Лютова, Г. Моница – СПб.: ООО Издательство «Речь», «ТЦ Сфера», 2002. – 192 с.
36. МКБ-10 – Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. [Текст] СПб.: 1994.
37. Моница, Г. Б. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь. [Текст] / Г. Б. Моница, Е. К. Лютова-Робертс, Л. С. Чутко – СПб.: Речь, 2007. – 154 с.
38. Мурашова, Е. В. Дети - «тюфяки» и дети - «катастрофы». Гиподинамический и гипердинамический синдром. [Текст] – Екатеринбург: У-Фактория, 2004. – 14 с.
39. Орехова, О. А. Цветовая диагностика эмоций. Типология развития. Монография. [Текст] / О. А. Орехова – СПб.: Речь; М.: Сфера, 2008. – 176 с.
40. Пасечник, Л. В. Коррекция тревожности и гиперактивности в детском возрасте. [Текст] / Л. В. Пасечник - М.: ТЦ Сфера, 2007. – 112 с.
41. Политика, И. О. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью [Текст] / И. О. Политика – СПб.: Речь, 2005. – 208 с.
42. Равич-Щербо, К.В. Психогенетика. [Текст] / К.В. Равич-Щербо, Т.М. Марютина, Е.Л. Григоренко – М., 2002. – 447 с.

43. Рассел, А. Баркли, Кристина М. Бентон. Ваш непослушный ребёнок. [Текст] / А. Рассел, Баркли, Кристина М. Бентон. – СПб.: Питер, 2004. – 226 с.
44. Ратнер, А. Ю. Неврология новорождённых: острый период и поздние осложнения. [Текст] 4-е изд., М., БИНОМ. Лаборатория знаний, 2008. – 368 с.
45. Рогов, Е. И. Настольная книга практического психолога. Кн.1.: Система работы психолога с детьми разного возраста: учебное пособие. [Текст] / Е. И. Рогов. – М.: Издательство ВЛАДОС-ПРЕСС, 2015. – 383 с.
46. Романчук, О. И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей [Текст] / Перевод с украинского. – М.: Генезис, 2010. – 215 с.
47. Руденко, А. М. Психологический практикум. [Текст] / А. М. Руденко. – Ростов н/Д : Феникс, 2015. – 492 с.
48. Сиротюк, А. Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью [Текст] / А. Л. Сиротюк – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 125 с.
49. Харланд, С. Гиперактивный или сверходаренный? Как помочь нестандартным детям [Текст] / С. Харланд – СПб.: Издательская группа «ВЕСЬ», 2004. – 128 с.
50. Чутко, Л. С., Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. [Текст] / Л. С. Чутко, А. Б. Пальчик, Ю. Д. Кропотов – СПб.: Издательский дом СПб, МАПО, 2004. – 122 с.
51. Чутко, Л. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. [Текст] / Л. С. Чутко – СПб.: Хока, 2007. – 136 с.
52. Шевченко, Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. [Текст] / Ю. С. Шевченко – Самара, 1997. – 58 с.
53. Шишова, Т. Гиперактивный ребенок [Текст] / Т. Шишова // Будь здоров. – 2005. – №12. 5-8 с.